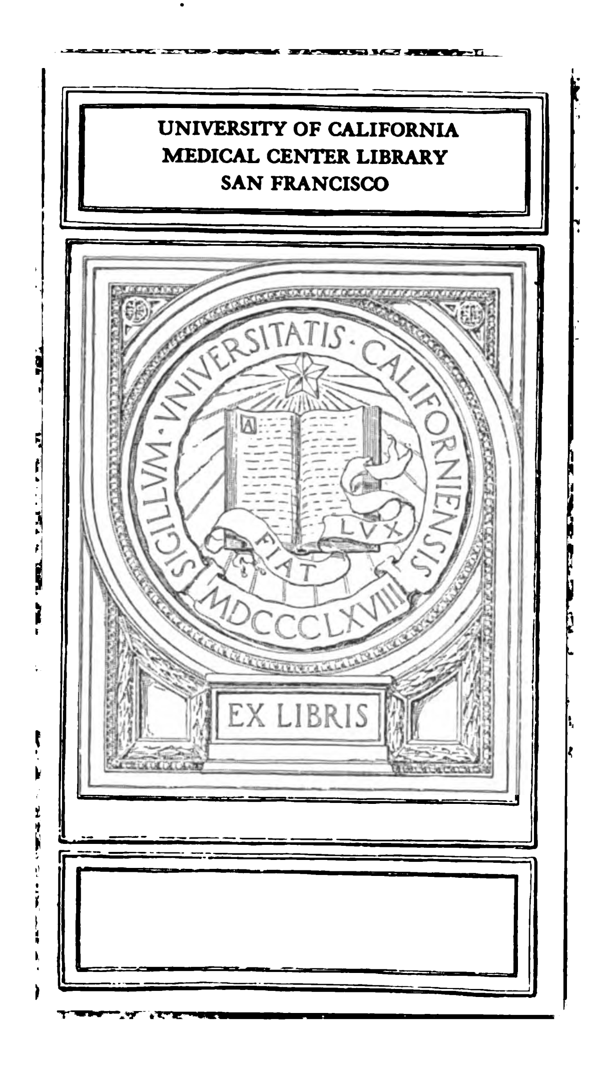





UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

VIERTELJAHRESBERICHTE

ÜBER DIE

GESAMTLEISTUNGEN

AUF DEM GEBIETE DER KRANKHEITEN

DES

HARN- UND SEXUAL-APPARATES

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. L. CASPER,
Privatdocent a. d. Universität

Dr. H. LOHNSTEIN,
prakt. Arzt

IN BERLIN.

ERSTER BAND.



BERLIN W. 35.
VERLAG VON OSCAR COBLENTZ.
1896.

Haupt-Register des I. Bandes.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

Namen-Register.

* bedeutet nur citirten Autor. Die Zahlen deuten die Seiten an.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Kornfeld: **Ueber den Zusammenhang der Krankheiten der Harnwege mit den Erkrankungen anderer Organe und mit denen des Gesamtorganismus.** (Wiener medic. Club, Sitzg. v. 18. Dec. 1895. — Allg. Wiener medic. Zeitung 1896, No. 2.)

Wie bei den meisten Erkrankungen, ist die weitgehendste Abhängigkeit der Harnleiden vom Nerveneinfluß augenfällig, jedes einzelne Symptom der Harn- resp. Blasenleiden kann als Teilerscheinung einer Allgemeinneurose auftreten, und häufig lassen sich Beziehungen zwischen dem Auftreten der Neurosen des Harnapparates und allgemeiner nervöser Disposition auffinden.

K. erörtert zunächst die Abhängigkeit des Harnapparates vom Nerveneinfluß, dann die Beziehungen zu allgemeinen Stoffwechselanomalien, zu den krankhaften Diathesen und zu den Vergiftungen. Schon unter physiologischen Verhältnissen hat die Nervenfunction, besonders Erregungszustände der verschiedensten Art einen sehr bedeutenden Einfluß auf die Blasenentleerung, die Frequenz und Art derselben (Neurosen). Andrerseits wissen wir, daß manche Formen der Polyurie, der sogenannten Pollakiurie und der Dysurie auf Stimmung und psychisches Wesen der Kranken einwirken, welche an diesen functionellen Neurosen des Harnapparates (gewöhnlich postgonorrhoischer Natur) leiden. Es genüge der Hinweis, daß der Einfluß des normalen und noch mehr der eines gestörten oder gar völlig darniederliegenden Geschlechtslebens auf die Psyche, auf Temperament, Arbeitslust etc. sehr characteristisch auftritt.

Die schweren Defecte und Perversitäten des Geschlechtstriebes (Krafft-Ebing, Eulenburg) äußern sich sowohl in der Gesamternährung, in den vitalen Functionen aller Organe, als auch in den schweren Zuständen von Hysterie und Angstneurose, welche die im Geschlechtsverkehr mit solchen Männern stehenden weiblichen Personen befallen (Freud). — Peyer beschrieb ferner Störungen der Sinnesorgane (Geschmack, Geruch) bei sexuell Neuropathischen. Ebenso kommen Reflexneurosen im Bereiche der Respirationsorgane (Asthma nervos.), der Circulationsorgane (Angina pectoris, Tachycardie), ferner im Bereiche des Digestionstractus (nervöse Diarrhöen, Obstipation. Dyspepsien) bei jenen Formen der Sexualneurose vor, welche eine Begleiterscheinung chronischer Prostatitis, der Prostato- und Spermatorrhoe ist. — Daß solche schweren Störungen nicht selten zu manifesten Psychosen führen, ist ziemlich bekannt. Auf der anderen Seite wieder ist dieses vielgestaltige Krankheitsbild der scheinbar functionellen Neurose bereits Ausdruck eines manifesten Leidens, besonders wenn die Perversitäten des Geschlechtstriebes in den Vordergrund der Symptome treten.

Das ungemein häufige Auftreten von Harnleiden bei abnormen Stoffwechselverhältnissen (Diathesen) rechtfertigt eine kurze Berücksichtigung derselben. Auch hier ist der gegenseitige Einfluß der Leiden mit der „allgemeinen Disposition“ ein inniger. Bei Dyscrasien werden Blasen- und Urethralleiden einen hartnäckigen Charakter aufweisen. Andere Erkrankungen zeigen wieder den symptomatischen Charakter des Grundleidens (Cystospasmus bei uratischer Diathese). Die anämischen Zustände bedingen gewisse Secretionsanomalien der Niere, Reizerscheinungen der Blase, abgesehen von dem verzögerten Ablauf gonorrhoischer Infectionen. Es braucht blos auf die Chlorotischen und deren diluirten Harn bei gesteigerter Harnfrequenz hingewiesen zu werden. Die hämorrhagische Diathese veranlaßt erstens Blutungen aus den Harnwegen ohne Erkrankungen dieser, äußert sich aber namentlich bei Cystitis durch oft abundante, selbst das Leben unmittelbar bedrohende Blutungen, die operatives Eingreifen erheischen. Die Glykosurie und der Diabetes insipidus bedingen naturgemäß die durch die erhöhte Harnmenge hervorgerufenen Symptome: Dilatation der Blase. Der Zucker soll übrigens an sich Cystitis hervorrufen können. Auch kommen Gangrän am Penis und Scrotum bei Diabetes zur Beobachtung.

Abgesehen von der Concurrenz der Tripperinfection mit anderweitigen oben geäußerten Dyscrasien liegt in dem Wesen der gonorrhoischen Erkrankung, wie aus zahlreichen Publikationen (Leyden,

Wilms, Sahli, Strümpell) zur Genüge hervorgeht, der Charakter einer Constitutionskrankheit (?! Red.). Die Localisation des Leidens in Gelenken, Sehnenscheiden, periarticulärem Gewebe (Lang), der Nachweis der Gonokokken in den Klappenvegetationen (Finger, Ghon, Schlaggenhaufer) sind Beweise hierfür.

Die Combination mit Lues bedeutet hierbei eine oft schwerwiegende Complication. Die Syphilis an sich beeinflußt Harnleiden auf doppeltem Wege. Narben nach Urethralschanker setzen zuweilen schwere Hindernisse für die Harnentleerung mit deren complicirten Folgezuständen (Guyon), andrerseits bietet die Lues Anlaß zu centralen Nervenleiden und den Störungen des Harnapparates im Gefolge dieser (Dysurie, Blasenlähmung etc.).

Eine gesonderte Besprechung erfordert naturgemäß die tuberkulöse Dyscrasie. Man weiß, daß gerade die Blasentuberkulose selten primär vorkommt. Es ist daher erforderlich, nach anderweitigen specifischen Krankheitsherden (Lunge, Lymphdrüsen, Hoden) zu suchen. Uebrigens darf auch eine Uebertragung des Leidens vom Manne auf die Frau und umgekehrt durch Geschlechtsverkehr nicht vergessen werden.

Die acuten Infectionskrankheiten bedingen nebst den durch Fieberbewegungen hervorgerufenen Harnveränderungen und abnormen Sensationen anatomische Läsionen (Abscesse nach Typhus, Blattern etc.).

Von den Vergiftungen ist die Autointoxication vom Harnapparat her (Pyämie, Septikämie) die wichtigste. Man weiß, daß der aus dem Harnstoff entstehende harnsaure Ammoniak, durch den Mikrokokkus ureae gebildet, die ganze Reihe schwerer Störungen, von welchen alle Organe, oft bis zur Aufhebung der Lebensfähigkeit derselben betroffen werden, hervorruft. Guyon unterscheidet von dieser Intoxication die Infection des Körpers mit Harngiften (Harninfiltration, subacute Urämie u. a.).

Andere Gifte (Metalle, Alkaloide, chemische Gifte) können nebst Dysurie, Cystospasmus auch Blutungen, Blutdissolution, (Hämoglobinurie) veranlassen (Kali chlor., Nitrobenzol, Antipyringruppe).

Was die Krankheiten anderer Organe anlangt, so können wir unterscheiden zwischen Fortleitung von pathologischen Processen aus der Nachbarschaft; besonders vom weiblichen Genitale oder vom Rectum (Carcinom, Hämorrhoiden, Fissur, Entozoen). Ferner kann gemeinsame Krankkeitsursache vorliegen (puerperale Infection, Gonorrhoe), Blase in Hernien, Perforation von Darmabscessen, Entzündungen im Cavum Retzii (Pericystitis, Periprostatitis, Fracturen der Beckenknochen, die Blase anspießend).

Ebenso wie bei septischen Processen aus anderer Aetiologie der

Harnapparat mitleidet (embolische, metastatische Erkrankungen), so ist gewiß bei Abscedirungen im uropoetischen System (Prostata, Hoden) der übrige Organismus gefährdet. Fälle dieser Art mit letalem Verlauf durch Eitermetastasen (Herz- und Lungenembolie, Rückenmark- und Gehirnabsceß) sind bekannt.

Endlich mögen noch die wechselseitigen Beziehungen von Neubildungen der Blase, der Prostata, des äußeren Genitales mit Krankheitsherden an anderen Stellen des Körpers Erwähnung finden.

Außer den functionellen Nierenkrankheiten, deren Beziehungen zu Blasensymptomen von Ferré und Geffrier dargelegt wurden, bedingen die zahlreichen anatomischen Processe der Centralorgane schwere Erscheinungen seitens des Harnapparates (praemonitorische Blasenkrisen bei Tabes). Dysurische Beschwerden, unwillkürliche Entleerung, complete Lähmung bilden eine Entwickelungsreihe, wie sie der Myelitis, der Sklerose, der Halbseitenläsion des Rückenmarkes entspricht. Anästhesien der Blasenschleimhaut nebst schmerzhaften Attaquen bei Conusläsionen, Blutungen, Quetschungen und Erschütterungen der Medulla spin. vervollständigen diesen Symptomencomplex.

Analoge Erscheinungen bieten die Psychosen, die progressive Paralyse der Irren. Dazu kommen die sogen. ausdrückbare Blase (Wagner) und die trophoneurotischen Störungen der Blasenwand, welche ungewöhnliche Zerreißlichkeit (beim Katheterismus gelähmter Blasen von Paralytikern) zur Folge hat. K.

II. Harn und Stoffwechsel.

H. Zeehuisen (Amsterdam): **Beitrag zur Kenntnis der sogenannten „physiologischen" Albuminurie.** (Section f. inn. Med. d. naturw. Vereins z. Amsterdam, 16. Okt. 1896. — Centralbl. f. inn. Med. 1896, 2.)

Die Ergebnisse der mit einem ausführlichen Litteraturverzeichnisse versehenen Arbeit Zeehuisen's über die sogenannte „physiologische" Albuminurie lassen sich folgendermaßen kurz zusammenfassen:

1) Viele der bei jugendlichen Personen vorkommenden Albuminurien (8 Personen von 144, also 5 pCt.) werden durch Affectionen des Nierenparenchyms verursacht.

2) Eine andere Reihe der Albuminurien dieses Alters ist extrarenalen, accidentellen Ursprunges (rote Blutkörperchen, Leukocyten, Spermatozoen etc.).

3) Functionelle Albuminurien konnten bei den untersuchten Personen nicht nachgewiesen werden.

4) Auch von „physiologischer“ Albuminurie war bei den untersuchten Personen keine Spur zu entdecken (bei 103 von den 144, also bei 71,5 pCt., konnte mit den empfindlichsten Reagentien kein Eiweiß entdeckt werden).

In der sich an den Vortrag anschließenden Discussion mahnt Pel zu großer Vorsicht bei der Beurteilung einer continuirlichen, intermittirenden oder cyklischen Albuminurie; diese Zustände führen nach seiner Erfahrung nicht selten nach Jahren noch zur Entstehung der Schrumpfnieren. Pel bezweifelt ebenso wie Zeehuisen die Existenz einer „Albuminurie“ bei vollkommen gesunden Personen und diejenige der sogenannten functionellen Albuminurie. K.

Lafon: **Zuckerreaction im Harn.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1896, No. 1.)

Der Harn von Leuten, die Sulfonal genommen haben, giebt nach Lafon beim Kochen mit Fehling'scher Lösung einen deutlichen Niederschlag von rotem Kupferoxydul, während man im Polarisationsapparat keine Rechtsdrehung sieht. L.

G. Klemperer: **Zur Behandlung der Lebercirrhose. Harnstoff als Diureticum.** (Berl. Klin. Woch. 1896, No. 1.)

Bei einer alten Lebercirrhose, deren Ascites schon oft punctirt ist, um sich schnell wieder anzusammeln, zwingen die außerordentlichen Beschwerden der Bauchwassersucht zu schneller Entleerung, die wenigstens für kurze Zeit mäßige Erleichterung schafft. Neuerdings nun hat man die „frühzeitige Punction“ auch des frischen Ascites bei Lebercirrhose zur besonderen Behandlungsmethode derselben erhoben in dem Glauben, daß durch die Entlastung der Nierenarterien von dem Druck des Bauchwassers am besten die Nierensecretion in Gang gebracht werde. K. bezweifelt, daß diese Anschauung begründet ist; er hat von der frühzeitigen Punction bei Lebercirrhose keine guten practischen Erfolge gesehen, so daß er dazu überging, Lebercirrhosen mit frischem Ascites nur mit Diureticis zu behandeln. Die besonders von Senator gerühmte Calomel-Digitalis-Therapie (Calomel in 10 Dosen à 0,2 g in 3 Tagen combinirt mit Digitalis, 3 Mal je 1 g im Infus

von 200 ccm, zweistündlich 1 Eßlöffel) hat recht günstige Erfolge aufzuweisen, doch ist die Möglichkeit der schädigenden Nebenwirkungen — Stomatitis, Enteritis, Albuminurie — nicht zu unterschätzen, so daß Leyden z. B. „um so vorsichtiger im Gebrauch von Calomel wird, je länger er dies Mittel nun anwendet". Ein Arzneimittel nun, das gerade bei der Behandlung von Ascites bei Lebercirrhose hervorragend gute Dienste geleistet hat, ist der Harnstoff.

Vor einigen Jahren haben Mering[1]) und Riedel[2]) auf die Eigenschaft des Harnstoffs, Harnsäure zu lösen, hingewiesen: der harnsaure Harnstoff ist in Wasser löslich, und dem Urin zugesetzter Harnstoff kann verhältnismäßig große Mengen Harnsäure in Lösung halten. Erst vor Kurzem hat dann G. Rosenfeld[3]) bei harnsaurer Diathese Harnstoff medicamentös gereicht und den bedeutenden Effect dieser Medication nachgewiesen. Auf Grund eigener Erfahrungen empfiehlt K. den Harnstoff als ganz ausgezeichnetes Medicament gegen Nephrotithiasis, welches dem Piperazin, Lysidin u. a. weitaus überlegen ist (ansteigend Harnstofflösungen von 1:200 bis 15:200). Bei dieser Medication nun wurde ein erhebliches Ansteigen der Diurese beobachtet. Man kann sich vorstellen, daß der Harnstoff, dieser Typus der „harnfähigen" Stoffe Cohnheim's, im Blute sich sammelnd, das gesunde Nierenepithel zur Secretion reizt, daß die künstliche Zufuhr von Harnstoff den adäquaten Reiz erhöht und der Harnstoff als ein physiologisches Diureticum angesehen werden muß. Mit dieser Vorstellung stimmt die Erfahrung, daß der Harnstoff bei Nierenerkrankungen am wenigsten leistet, während er bei Herzaffectionen eine deutliche Erhöhung der Diurese herbeiführt. Die besten Dienste aber hat er in zwei Fällen von Lebercirrhose geleistet. In dem einen Fall stieg die 24stündige Harnmenge von 250 ccm auf über 3000 ccm, an einem Tage 4000 erreichend; der Leibesumfang fiel in nicht ganz 4 Wochen von 106 cm auf 86 cm. In dem zweiten Falle stieg die tägliche Harnmenge in 14 Tagen von 600 ccm auf 5100 und der Leibesumfang fiel von 97 auf 82 cm.

Die Verordnung ist folgende:

Ureae purae[4]) 10,0,
Aqu. destill. . . . . . . 200,0.
Stündlich 1 Eßlöffel.

---

[1]) Congress für innere Medicin, 1893.
[2]) Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak., Bd. 30.
[3]) Centralbl. f. klin. Med., No. 28.
[4]) Die chemische Fabrik von Kahlbaum liefert 100 g für 2,50 M.

Nach einigen Tagen steigt man auf 15 g täglich, bald darauf auf 20:200, und diese tägliche Menge wird 2—3 Wochen lang fortgenommen. Eine schädliche Einwirkung dieser großen Harnstoffmengen macht sich weder auf den Appetit, noch auf die Verdauung geltend. Der Geschmack der Lösung ist nicht gerade angenehm, läßt sich aber durch Nachtrinken von Milch ohne Weiteres beseitigen. Besonderen Widerwillen gegen das Medicament hat keiner der Patienten gezeigt.

K.

F. Umber: **Ueber den Einfluss nucleinhaltiger Nahrung auf die Harnsäurebildung.** (Zeitschr. für klin. Med., 29. Bd., I. u. II. Heft. — Münch. Medic. Wochenschr. 1896, No. 1.)

Die vom Verf. angestellten Versuche mit Darreichung nucleinhaltiger Nahrung, nämlich Thymus, Gehirn, Nieren, Leber, ergaben Erhöhung der Harnsäureausscheidung nach Genuss von 500 g Thymus, während 300 g Thymus eine nur unbedeutende Steigerung hervorriefen. 500 g Leber haben bei einem Individuum beträchtliche, bei einem anderen keine Steigerung der Harnsäureausscheidung zur Folge gehabt, Kalbsnieren und Kalbshirn wirken wie Muskelfleisch auf die Harnsäureausscheidung. Bei Milchnahrung ist dieselbe beträchtlich geringer als bei Fleischnahrung. Die Xanthinbasenmenge schwankt bei Gesunden in sehr weiten Grenzen, sie wird durch Alkalizufuhr und durch Milchnahrung erhöht.

Gr.

H. Lüthje: **Ueber Bleigicht und den Einfluss der Bleiintoxication auf die Harnsäureausscheidung.** (Zeitschr. f. klin. Med., 1896, Bd. XXIX, 3—4 H.)

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Auf Grund des in der Litteratur vorliegenden Materials sowie der von ihm selbst neu berichteten Fälle darf an den festen Beziehungen zwischen Bleiintoxicationen und Gicht nicht mehr gezweifelt werden.

2) Wahrscheinlich ist das Blei allein ohne Mitwirkung anderer ätiologischer Momente imstande, Gicht hervorzurufen.

3) Die Bleiintoxication hat auf die Ausscheidung der Harnsäure keinen Einfluß. Die gichtmachende Wirkung des Blei's beruht also nicht auf einer Harnsäureretentien und einer davon abhängigen Anstauung der Harnsäure. Das abnorme Vorkommen von Harnsäure im Blute bleikranker Menschen erklärt sich nur aus einer Hyperproduction der Harnsäure. In welcher Weise das Blei zu dieser beiträgt, kann noch nicht entschieden werden. Wahrscheinlich kann das Blei „Gichtnecrosen" machen.

4) Um die Gicht zum Ausbruch zu bringen, muß die Intoxicationsperiode sehr lang sein.

5) Der klinische Verlauf der Bleigicht zeigt einige Verschiedenheiten von dem der gewöhnlichen Gicht:

a. Der erste Anfall erfolgt meist in einem relativ jugendlichen Alter.

b. Die Bleigicht verbreitet sich in der Regel in kurzer Zeit und sehr schnell über viele Gelenke des Körpers.

c. Häufig werden von der Bleigicht Gelenke befallen, die von der gewöhnlichen Gicht nie oder nur außerordentlich selten ergriffen werden.

d. Die Bleigicht neigt viel mehr als die gewöhnliche Gicht zu Tophusbildung und deformativen Prozessen.

6) Die Prognose der Bleigicht ist stets infausta.

7) Die Untersuchung des Harns eines Hundes ergab, daß der Xanthinbasenstickstoff ungefähr die Hälfte des Stickstoffes der Alloxurkörper betrug. Im Blute dieses Hundes waren nach Fütterung mit Thymus Xanthinbasen, aber keine Harnsäure nachweisbar.

Die Arbeit des Verf.'s bringt gleichzeitig sehr vollständige Litteraturangaben über den Gegenstand. K.

Curt Brandenburg: **Ueber die diagnostische Bedeutung der Harnsäure und Xanthinbasen im Harn.** (Berl. klin. Woch. 1896, No. 7.)

Unter Beziehung auf die bedeutsame Herkunft der Alloxurkörper — aus den Kernsubstanzen des Körpers — hat es Verf. unternommen, die Ausscheidungswerte dieser Körper an einer Anzahl acuter und chronischer Consumptionskrankheiten ohne wesentliche Complicationen zu untersuchen, um die Wirkung ausgedehnten Kernzerfalls auf die N-Substanzen des Harns zu beobachten. Zunächst gilt der Satz, daß unter physiologischen Breiten die Ausscheidung der Alloxurkörper schwankt gleichsinnig mit der Harnstoffausscheidung. Reichliche Zufuhr von Nahrungsstoffen, besonders von Fleisch, steigert mit dem Gesamt-N auch den Alloxurkörper-N. Bei einem herabgesetzten Ernährungszustande werden beide Werte erniedrigt. Die herabgesetzte Abnutzung des Zellenmaterials findet ihren Ausdruck in der Erniedrigung des Alloxurkörper-N im Urin, welche in demselben Sinne wie der niedrige Eiweißumsatz den Zustand von Atrophie des Organismus kennzeichnet, der sich unter der unzureichenden Nahrungszufuhr ausbildet.

Im Gegensatz dazu stehen die Verhältnisse bei den Consumptions-

krankheiten. Bei den acuten Infectionskrankheiten ergiebt das Mißverhältnis zwischen N-Einnahmen und N-Ausgaben (Gesamt-N des Harns) eine hochgradige Abschmelzung von Körpergewebe. Gleichzeitig wird (neben dem Gesamt-N des Harns) der Alloxur-N durch den vermehrten Zerfall kernhaltigen Materials zu abnormen Werten in die Höhe getrieben.

Bei den chronischen Affectionen kann es sich einmal um einfach atrophische Zustände handeln, wie bei den vom Verf. untersuchten Fällen von schwerer Anämie oder gutartigen Magenerkrankungen. Hier besteht wesentlich ein Arbeiten des Körpers mit einem verringerten Umsatz, wie bei experimenteller Unterernährung (cf. oben): wie bei dieser findet sich auch hier neben der niedrigen Gesamt-N-Ausscheidung eine Einschränkung der Alloxurwerte im Urin.

Anders bei den chronischen Consumptionskrankheiten, bei denen sich aus der Differenz zwischen N-Einnahmen und -Ausgaben ein erheblicher Eiweißverlust vom Körper ergiebt, so besonders bei Carcinomen. Hier findet dieser Eiweißverlust seinen Ausdruck in der Steigerung des Alloxur-N im Harn. Ebenso wie man aus einer starken Verringerung der Chloride neben einer relativ wenig verringerten Harnstoff-Ausscheidung auf einen pathologisch gesteigerten Zerfall von kochsalzarmem Organeiweiß schließt, ebenso legt bei herabgekommenen Kranken eine Durchbrechung des Verhältnisses zwischen Gesamt-N und Alloxur-N in dem Sinne, daß neben relativ niedrigen Gesamt-N-Werten auffallend reichlich Alloxurkörper im Urin erscheinen, den Verdacht auf die bösartige Natur des Leidens nahe. Doch ist bei Verwertung dieses Factors zu berücksichtigen, daß nach den derzeitigen Kenntnissen die Anzahl der im Harn erscheinenden Alloxurkörper noch nicht ohne Weiteres einen sicheren Schluß gestattet auf den Umfang ihrer Bildung überhaupt aus den Nucleinen der Gewebe.

W.

Archibald Garrod: **Green Urine due to Indigo.** (Brit. Med. Journ. 1895, j. 365. — Pediatrics 1896, No. 1.)

Garrod zeigte in der Clinical Society in London den Urin von einem Kinde, welches an einem mit Indigo gefärbten Teppich geleckt hatte. Die grüne Farbe des Urins rührte von der Mischung des gelben Urins mit dem Indigoblau her. Durch das Filtriren ging ein großer Teil der Blaufärbung verloren, da der Farbstoff vom Filter zurückgehalten wurde. Vor einigen Jahren war eine Behandlung der Epilepsie mit Indigo bis 6 g täglich sehr beliebt. Derartig behandelte Patienten hatten ebenfalls einen grünen, alkalischen Urin. L.

W. Weber: **Ueber Hämatoporphyrinurie nach Trional.** (Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. Sitz. am 11. Febr. 1895. — Deutsche Med. Wochenschr. 1896, No. 2.)

W. demonstrirte einen stark hämatoporphyrinhaltigen Harn von einer an hysterischem Irresein leidenden Patientin, die in 2½ Monaten ca. 80 gr Trional verbraucht hat. Die Patientin zeigte — wie in allen drei bisher bekannten chronischen Trionalvergiftungen — ein Krankheitsbild, dessen hervorstechendste Merkmale Obstipation, Appetitlosigkeit, Schmerzen im Leibe, besonders im Epigastrium und Erbrechen waren. Das Hämatoporphyrin konnte noch 3 Tage nach der letzten Trionaldosis im Harn spectroskopisch nachgewiesen werden. — In den bisher veröffentlichten Fällen acuter Trionalvergiftung ist Hämatoporphyrin nicht nachgewiesen.

In der Discussion demonstrierte Schmidt ein Hämatoporphyrinpräparat aus dem Harn eines Phthisikers, der in letzter Zeit weder Sulfonal noch Trional, sondern nur mäßige Dosen Opium und Morphium genommen hatte. Das Hämatoporphyrin ist durch Schütteln mit Amylalkohol aus dem Harn isolirt. S. discutirt weiterhin die Beziehungen des Hämatoporphyrins und Urobilins zueinander und ihre Entstehung im Organismus. K.

Dr. J. Schelesnjakow: **Ueber den Einfluss der künstlichen Mineralwässer Vichy auf die Ausscheidung von Harnsäure, Phosphaten und Chloriden.** (Arb. der Jurjeff'schen med. Clinik, Bd. II. — Wien. Med. Blätt. 1896, No. 1.)

Autor experimentirte an 10 Patienten, bei denen Vichywasser wegen des Bestehens chronischer Magencatarrhe mit und ohne Dilatation, Ulcus ventriculi, Dickdarmcatarrhs, chronischer Nephritis, traumatischer Neurosen und Bronchialasthma indicirt war. Jeder Patient wurde 22 Tage hindurch untersucht, und zwar in folgenden Perioden: 6 Tage vor dem Gebrauch von Vichy, 10 Tage während des Gebrauches und 6 Tage nach dem Gebrauch.

Die Resultate genannter Untersuchungen sind folgende:

1) Das subjective Befinden des Patienten wird bedeutend gebessert; 2) die Harnmenge steigt um 500—700 ccm; 3) die Menge der Harnsäure sinkt; 4) die Stickstoffausscheidung wird bedeutend erhöht; 5) die Reaction des Harnes blieb während der ganzen Zeit sauer; 6) die Ausscheidung von Extractivstoffen wird um das Doppelte verringert; 7) die Menge des Harnstoffes stieg bedeutend. K.

Mendelsohn: **Die diuretische Wirkung der Lithiumsalze.** (Aus d. pharm. Instit. d. Univ. Berlin. — D. med. Wochenschr. — Centralbl. f. d. ges. Ther., 1895. — Memorabil. 1896, 8.)

Trotz vielfacher gegenteiliger Behauptungen kann nicht verkannt werden, daß gewisse Bestandteile unseres Arzneischatzes, besonders bestimmte Mineralwässer (Karlsbad, Fachingen), eine sichere harnsäurelösende Wirkung haben. Durch klinische und experimentelle Beobachtungen wurde Verf. darauf hingewiesen, daß gerade die Steigerung der Diurese den wesentlichsten Anteil an der günstigen Einwirkung habe, da dieselbe nicht nur die Harnsäure löse, sondern auch gleichzeitig die präsumtiven schädlichen Körper entferne, welche zum unzeitigen Ausfalle der Harnsäure führen und vielleicht direct Gichtanfälle auslösen.

Verf. hat nun experimentell festgestellt, daß die verschiedenen Lithiumsalze auch verschieden starke diuretische Wirkung besitzen. In erster Reihe steht hier das Lithium citricum, als zweitbestes Lithiumsalz gilt das Lithium aceticum, welches schon deshalb zweckmäßig verwandt wird, weil es leicht aus L. carbonicum hergestellt und auch im Geschmacke corrigirt werden kann.

Die bisher erreichten Erfolge waren durchaus günstige. Ganz besonders war das bei einigen Kranken mit Nierensteinen der Fall. Während bei diesen ohne Medication die Harnausscheidung kaum die Hälfte der eingeführten Wassermenge betrug, trat alsbald mit dem Gebrauche der Lithiumpräparate eine bedeutend reichere Wasserausscheidung ein, die auch auf das Gesamtbefinden von günstigem Einflusse war. Die Medicamente werden gut vertragen, ließen sich gut nehmen und riefen auch keine Klagen bezüglich des Geschmackes hervor. Als Durchschnittsdosis empfiehlt sich bei Lith. acet. und citric. 3—4 Mal tägl. 0,1 g. Casper.

Lecocq: **Sambucin als Diureticum.** (Journ. de Méd. de Paris, 1896, No. 3.)

Das früher bereits als Diureticum bekannte, aus Sambucus nigra gewonnene Sambucin ist seit 1889 durch Lemoine und Combemale wieder in Aufnahme gekommen. Lecocq giebt von einem Syrupextract des Sambucin 10—15 g pro die. Es nimmt sich gut, wird bestens vertragen, hebt den Appetit und die Verdauung. Nach L. verdient es als Ersatz für Digitalis und Coffeïn gebraucht zu werden, zumal es vor diesen Mitteln den Vorteil gänzlicher Unschädlichkeit hat. K.

Diabetes.

Dutournier: **Bronce-Diabetes.** (Journ. de Méd., Oct. 1895. — Wien. Med. Blätt. 1896, No. 1.)

Diese Krankheit, welche zuerst im Jahre 1882 von Hanot und Chauffard beschrieben wurde, zeigt im Anfangsstadium nichts Besonderes; Durst, Polyurie, Glykosurie und grosser Appetit sind in verschiedenem Grade vorherrschend. Manchmal stellen sich schon frühzeitig Lungenbeschwerden ein. Das Hauptzeichen dieser Krankheit: die Pigmentirung der Haut, trift bald früher, bald später, ohne besondere Veranlassung, auf. Im Anschluß daran Entwicklung von Ascites und rapider Kachexie. Die Pigmentirung der Haut erscheint als eine gleichmäßige bleigraue oder dunkelgraue Verfärbung, nicht unähnlich der bei Argyrie. Sie ist ziemlich gleichmäßig, jedoch sind manchmal Streckseiten der Hände und Vorderarme etwas tiefer gefärbt. Pigmentation der Schleimhäute scheint nur ganz ausnahmsweise vorzukommen: sie wurde nur einmal beobachtet. Ganz besonders characteristisch ist die Kachexie. Sie stellt sich ganz zu derselben Zeit ein wie die Hautpigmentirung und unterscheidet sich von der gewöhnlichen Cachexie beim Diabetes durch das frühzeitige Auftreten, die größere Intensität und durch das rapide Zugrundegehen des kranken Individuums. Der Bronce-Diabetes dauert nicht lange, sehr selten acht bis zehn Monate, ganz ausnahmsweise zwei Jahre. Manchmal kann eine leichte Remission eintreten, um so rapider ist dann der Verfall. Der Tod scheint in Folge des Coma oder Cachexie einzutreten. Die Ursache dieser Erkrankungsform ist ganz unbekannt. Die Section zeigt Lebercirrhose und große Anhäufung von Pigment, Pigmentkörnern, Sclerose und Pigmentirung der Milz, des Pancreas, der Lymphdrüsen und Lungen. Die Nieren zeigen keine Veränderung. Das Pigment scheint aus dem Blute zu stammen und liegt intravasculär, intracellulär und interstitiell. Lohnstein.

Willie Asher: **Das Krankheitsbild des traumatischen Diabetes vorwiegend vom forensischen Standpunkte.** (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medic., Jan. 1895. — Oest.-Ung. Centralblatt f. d. med. Wiss. 1895, No. 25.)

Die Frage, ob die Aufstellung des traumatischen Diabetes als eines besonderen Krankheitsprocesses wissenschaftlich begründet ist, läßt sich nur so beantworten, daß Thatsachen existiren, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Diabetes wahrscheinlich machen.

Des Weiteren können folgende Sätze als giltig aufgestellt werden:

1) Die Symptomatologie des Diabetes traumaticus ist mit der des idiopathischen identisch.

2) Die Symptomatologie des Diabetes traumaticus wird sehr häufig durch organische Veränderungen oder Störungen erweitert, welche bereits vor Eintritt des Diabetes bestehen können.

3) Der Diabetes traumaticus kann am Tage des Unfalls, aber auch kürzere oder längere Zeit, selbst Jahre nach demselben einsetzen. Doch ist der traumatische Ursprung zweifelhaft, wenn über 3 bis 5 Jahre nach demselben verstrichen sind.

4) Man kann zwischen dem Diabetes, der gleich oder sehr bald nach dem erlittenen Unfalle eintritt, und demjenigen, der sich chronisch entwickelt, unterscheiden. Der acut eintretende sowohl wie der chronisch sich entwickelnde Diabetes kann vorübergehen oder stationär bleiben. Bleibt er stationär, so kann er in 1—5 Jahren zum Tode führen.

5) Alle Verlaufsarten, wie sie beim idiopathischen Diabetes mellitus vorkommen, sind ebenso wie dessen verschiedene Formen beim Diabetes traumaticus beobachtet. Led.

Wegeli: **Casuistische Beiträge zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter.** (Arch. f. Kinderheilk., XIX. Bd., 1. u. 2. Heft. — Zeitschr. f. pract. Aerzte 1896, No. 1.)

Die Durchsicht der Litteratur ergab 108 Fälle, welche in den früheren Arbeiten von Külz und Stern noch nicht angeführt sind. Beide Geschlechter sind fast vollkommen gleichmäßig beteiligt. Unter den Ursachen spielt die hereditäre Belastung eine besondere Rolle. Die Symptome gleichen denen des Diabetes der Erwachsenen. Die 24stündige Harnmenge schwankte zwischen 700 und 7000 ccm, erreichte aber in 2 Fällen sogar die Höhe von 10000 resp. 12400 ccm. Die höchste in einem Fall ausgeschiedene 24stündige Zuckermenge betrug 1240 gr. Die Prognose des kindlichen Diabetes ist eine sehr schlechte, wie aus der angeführten Statistik und aus den Beobachtungen von 16 Fällen hervorgeht, bei denen auch genaue Ammoniakbestimmungen im Harn gemacht wurden. Selbst die leichte Form des Diabetes führt früher oder später zum Tode. Die Dauer des Leidens ist eine sehr verschiedene; neben Fällen, die in wenigen Wochen oder Monaten letal verlaufen, finden sich solche von jahrelanger Dauer; die längste betrug $4\frac{1}{2}$ Jahre, eine im Verhältnis zu den bei Erwachsenen beobachteten Zahlen als kurz zu bezeichnende Krankheitsdauer. Besonders gefährlich für den Verlauf sind intercurrente Krankheiten, welche selbst in scheinbar leichten Fällen schnell das verderbliche Coma herbeiführen können. K.

Colla und Fornaca: **Fadenziehender Urin bei einem Falle von Diabetes.** (Rif. med. 1895, No. 216. — Wien. Med. Wochenschrift 1896, 3.)

Bei einem 60jährigen Diabetiker beobachteten Colla und Fornaca das Auftreten eines Harnes, der nach längerem Stehen fadenziehend wurde und coagulirte. Das Coagulum wurde um so intensiver, je zuckerreicher der Harn war. Die coagulierende Substanz war nicht Mucin, sondern des von Landwehr beschriebene tierische Gummi. Als Ursache der Erscheinung konnten C. und F. ein dem Bact. coli commune ähnliches Bacterium nachweisen. Die Gegenwart größerer Mengen Harnsäure beförderte die Coagulation. K.

Johnston: **Xanthoma diabeticorum.** (The Brit. Irl. of Dermat., Jan. 1896.)

Die Xanthome gingen, wie Johnston berichtet, mit einer Besserung des Diabetes zurück, ohne am Knie und an den Fußsohlen ganz zu verschwinden. Bei einer Verschlimmerung der Krankheit kehrten sie wieder. Sie sahen wie rohes Fleisch aus, hatten aber einen gelben Schein. Druck verursachte Jucken an den betroffenen Stellen.

Dreyer.

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

Aristides Agramonte: **Infectious Vulvo-Vaginitis in children.** Med. Record, 11. Jan. 1896.)

A. berichtet über 32 eigene Beobachtungen von infectiöser Vulvo-Vaginitis bei Kindern.

Die Aetiologie dieser Erkrankung war eine mannigfache. In vielen Fällen wurde die Infection durch Gonorrhoe hervorgerufen, sowohl durch directe Uebertragung derselben vermittelst eines gewaltsamen Coitus, als auch durch Benutzung von Wäsche, Betten, Handtüchern etc. gonorrhoisch Erkrankter. Bei mehreren Kindern war die Infection durch Intertrigo und Ekzem, bei anderen durch Masturbation oder durch die Reibung infolge von Enuresis nocturna bedingt. Bei drei Fällen ohne sonstigen Grund wurde eine Verwachsung der Schamlippen mit der Glans clitoridis gefunden, deren sofortige Trennung das Uebel hob.

In zahlreichen Fällen wurde im Vaginalsecret der Gonococcus Neisseri nebst anderen Diplococcen gefunden.

Klinisch gab sich die Infection durch Röte der Vulva, Oedem der Labien kund, welche überdies oft von einem übelriechenden, zähen Secrete bedeckt waren. Ferner zeigten sich Excoriationen der äußeren Genitalgegend, oft Einrisse des Hymens, welche so leicht einen gewaltsamen Coitus vortäuschen und Vermutungen einer anderen Actiologie geben konnten. Die Urethra und Blase wurden nur bei besonders nachlässiger Behandlung ergriffen, nur zuweilen die Urethra an ihrer vorderen Oeffnung, häufiger der Vaginalcanal. Fieber und andere Allgemeinerscheinungen wurden nicht bemerkt.

Die Therapie bestand nebst Berücksichtigung der causalen Indicationen in Einspritzungen und Bespülungen mit Kal. permangan. oder Zinc. sulfur. in Lösungen von 1 : 3000; bei Cystitis wurden Irrigationen mit Lösungen von 1 : 6000 derselben Mittel gemacht.

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlußfolgerungen:

1) wenn auch in zahlreichen Fällen die Vulvo-Vaginitis gonorrhoischer Natur ist, so steht andererseits fest, daß sie häufig durch einen Coitus eines Gesunden und durch Masturbation hervorgerufen wird;
2) die Lokalbehandlung soll auf die angegebene Weise gehandhabt werden;
3) die Allgemeinbehandlung soll die lokale unterstützen, besonders in Fällen, deren Ursache nicht ganz lokaler Natur ist;
4) bei richtiger Therapie ist die Prognose als durchaus günstig anzusehen.

R—s.

Fritsch: **Ueber Gonorrhoe als Ehescheidungsgrund.** (Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn, Sitz. v. 11. März 1895. D. med. Wochenschr. 1896, No. 4.)

Fritsch erörtert an der Hand eines einschlägigen Falles die Frage, ob unter gewissen Umständen der Tripper ein Ehescheidungsgrund sein könne. Er kommt dabei zu dem Resultate, daß die vielen Möglichkeiten der Infection, der Recidive und Latenz eines Trippers es kaum zulassen, ein sicheres Urteil über den Zeitpunkt der Entstehung dann zu geben, wenn der Behaftete absichtlich die Wahrhaftigkeit zu verdunkeln strebt.

In der Discussion spricht Doutrelepont über die große Bedeutung, die man dem Tripper zuschreiben muß, und die leider von sehr vielen Aerzten in der Praxis noch immer nicht anerkannt wird. Er hebt hervor, daß man erst nach einer sehr großen Anzahl der genauesten Untersuchungen auf Gonococcen, welche er nur im Hospital oder der Klinik vornimmt, im Stande ist, zu constatiren, daß Gonococcen

sich nicht mehr in dem geringen Ausfluß oder in den Urinfäden befinden, und daß der betreffende Patient nicht mehr Andere anstecken kann. L.

Dr. S. Róna: **Ulceröse Entzündung der Samenbläschen: Punction desselben: Fund von Gonococcen.** (Ges. der Aerzte in Budapest, Sitz. v. 27. Nov. 1895. — Pester Med.-Chir. Presse 1896, No. 3.)

Der 25jährige Mann hat eine Urethritis, die vor 14 Tagen entstand. Bei der Aufnahme war eine typische rechtsseitige Epididymitis vorhanden und ist das rechte Samenbläschen als empfindliches Gebilde mit unebener Oberfläche tastbar. Im Harnröhrensecrete kommen Gonococcen vor, ebenso im Samenbläschen, an dem mit dem Pravaz die Punction gemacht wurde.

Sinkty: **Sterilität nach Epididymitis.** (Progr. méd. 1896, No. 6.)

Verf. will selbst bei einseitiger gonorrhoischer Epididymitis nach einer Mitteilung vor der „Société de Biologie" Spermatozoen im Sperma vermißt haben. Die Hälfte aller unfruchtbaren Ehen soll der Blennorrhoe zur Schuld fallen. Dreyer.

Pousson: **De la résection de l'urèthre pénienne.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1895, No. 7. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Die Resection von Teilen der Harnröhre ist bei den Stricturen der Pars pendula der Harnröhre bisher nur selten ausgeführt worden. Verf. führt sieben hierhergehörige Operationen (darunter einen eigenen älteren Fall) aus der französischen Litteratur an, denen er dann eine neue eigene Beobachtung anfügt.

Der Fall betrifft einen 39jährigen Kranken, der nach verschiedenen Gonorrhöen eine narbige Strictur der Pars pendula urethrae davontrug, die 2 Mal mittelst interner Urethrotomie, 1 Mal mittelst linearer Electrolyse behandelt wurde. Jedes Mal erfolgte trotz regelmäßiger Bougiekur ziemlich rasch ein Recidiv. Incision in der Raphe, Resection des über 1 cm betragenden stricturirten Stückes der Harnröhre in seiner ganzen Circumferenz, Mobilisirung der beiden Harnröhrenenden, Vereinigung derselben mittelst fünf Catgutnähten, Verweilkatheter, Lymphangitis infolge von Catgutinfection, Heilung. Bougie No. 20 passirt anstandslos die Harnröhre; Urin wird ohne Beschwerden in kräftigem Strahle entleert.

Die Operation wird in solchen Fällen außerordentlich erleichtert durch die elastische Abschnürung des Penis an seiner Wurzel. Eine nachträgliche Blutung aus den bei der Operation eröffneten Schwell-

körpern wird dadurch vermieden, daß man die Tunica albuginea über die freigelegten und eröffneten Stellen vernäht. Im directen Anschluß an die Operation entwickelt sich bei der Erection des Gliedes eine geringe Krümmung nach unten, die sich aber allmählich wieder vollkommen verliert.

Die Resection ist namentlich bei traumatischen und narbigen Stricturen angezeigt, wenn andere Heilversuche erfolglos angewendet worden sind.

Die bisherigen Resultate der Operation sind gut und, so weit bisher Beobachtungen vorliegen, auch meist andauernd. K.

Haushalter: **Gonorrhoeal Rheumatism in a newly born.** (Sem. Med. 1895, XV. — Pediatrics 1896, No. 1.)

Haushalter berichtet einen Fall von Rheumatismus auf Grund einer Gonorrhoe, verbunden mit gonorrhoischer Blennorrhoe, bei einem 25 Tage alten Kinde. Ergriffen waren Knie und Knöchel; in dem Exsudate des Kniegelenkes wurden auch Gonococcen gefunden. Dieser Fall ist der elfte bei Neugeborenen bekannte. C.

Respighi: **Riperto del Gonococco nell essudato articulare in un' caso di poliartrite blenorragica acuta.** (The Brit. Irl. of Dermat., Jan. 1896.)

Verf. züchtete von einem 27 Jahre alten Manne Gonococcen aus dem Gelenkinhalt einer gonorrhoischen Arthritis. Den sicheren Beweis für die Gonococcennatur seiner Culturen hat er nicht erbracht.

Dreyer.

Dauber und Borst: **Maligne Endocarditis im Anschluss an Gonorrhoe.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. LVI. 4. Heft. — Wien. Med. Blätter 1896, No. 1.)

Dauber und Borst traten der strittigen Frage näher, ob der Gonococcus ulceröse Endocarditis zu erzeugen im Stande sei. Die bisherigen Angaben lauten verschieden, doch wurden bereits von Wilms Coccen in den Auflagerungen der postgonorrhoischen Endocarditis gefunden, welche in ihrem mikroskopischen Verhalten Gonococcen vortäuschen konnten, sich jedoch culturell von denselben unterschieden. In dem von Dauber und Borst beobachteten Falle handelte es sich um eine mit paraurethralem Absceß, Lymphadenitis inguinalis, Tendovaginitis men. sin. complicirte Gonorrhoe, im Anschlusse an welche eine acute ulceröse Endocarditis der Aortenklappen sich entwickelte. Der Tod erfolgte unter dem Bilde allgemeiner Sepsis.

Bei der Section fand sich acute Endocarditis der Aortenklappen.

Der bacteriologische Befund zeigte in den Klappenauflagerungen Coccen, welche sich genau so wie die oben erwähnten Wilms'schen Coccen verhielten, also keine Gonococcen. Es ist also wohl die gonorrhoisch erkrankte Urethra als Eingangspforte für die septischen Bacterien zu betrachten, jedoch kann dem Gonococcus die Erregung der Sepsis nicht zugesprochen werden. Lohnstein.

Dr. S. Róna: **Untersuchung des Eiters eines Prostata-Abscesses auf Gonococcen.** (Ges. d. Aerzte in Budapest. Sitz. v. 27. Nov. 1895. — Pester Med.-Chir. Presse 1896, No. 3.)

Der 25jährige Pat. kommt zum sechsten Male mit Harnröhrenschanker und einer entzündlichen Anschwellung in der Gegend des Beckendiaphragma. Ulcus vor 3 Monaten acquirirt, schien geheilt, als es vor 3 Wochen nach einem Coïtus abermals auftrat. Die Prostata-Anschwellung ist gegenwärtig nicht vorhanden, die fluctuirende Geschwulst in der Diaphragmagegend ist bis an den unteren Rand der Prostata fühlbar, woraus man auf eventuelle Eröffnung des Abscesses gegen das Diaphragma schließen kann. Die Operation bestätigte diese Annahme. Der Eiter ergab keine Gonococcen. K.

Prof. Bujwid: **Ein Fall von Muskelabscess gonorrhoischen Ursprungs.** (Medycyna, 23. Nov.)

Der 33jährige, schwächliche Pat. hat vor einigen Jahren eine Gonorrhoe acquirirt, welche chronisch wurde und einige Male exacerbirte. Neisser'sche Gonococcen wurden im Eiter gefunden. Im Juni vorigen Jahres wurde dem Pat. ein Metallkatheter eingeführt, und als die Procedur wiederholt wurde, verspürte Pat. Schmerzen in der Urethra. Nach zehn Tagen entwickelten sich bei einer Temperatur von 38—39° C. und Schüttelfrösten drei Abscesse an der Musculatur beider Hüften. In dem Inhalt zweier dieser Abscesse fand man nur Gonococcen ohne irgend welche andere Microbien. Der dritte Absceß enthielt nur sehr wenig Inhalt, so daß hier die Untersuchung nicht gelang.

Dieser Fall zeigt, daß Gonococcen an und für sich im Stande sind, Eiterung hervorzurufen. Die Eiterung erklärt Verf. so, daß beim Katheterisiren die Schleimhaut der Urethra verletzt wurde und die Coccen auf diese Weise in's Blut gelangten. Pat. genas nach einem Monat. L. Caro.

Ludwig Bruns (Hannover): **Hemiplegie als Folge von Gonorrhoe.** (Neurol. Centralbl. 1896, 1. — The Lancet, 11. Januar 1896.)

Während bisher bereits bekannt war, daß die Gonorrhoe ver-

schiedenartige Störungen des Nervensystems verursache, z. B. Myelitis (Fournier, Haushalter, Leyden u. A.), Polyneuritis (Engel-Reimers), Meningitis, auch Hemiplegie (Tambourer, Pitres), veröffentlicht B. einen neuen derartigen Fall. Eine 20jährige Pat. hatte kurz nach der Hochzeit Gonorrhoe erworben, die trotz sorgfältiger Behandlung Perimetritis und Salpingitis hervorrief. Bald darauf bekam sie ganz plötzlich Zuckungen der rechten Gesichtshälfte, der Zunge und des rechten Armes, besonders der Hand, das rechte Bein war zur Zeit nicht mitergriffen. Diese Anfälle wiederholten sich, während derselben und nach ihnen stellte sich für kurze Zeit Aphasie ein. Die rechte Gesichtshälfte und der rechte Arm waren paretisch, später auch das rechte Bein, so daß Pat. bei der Untersuchung durch B. den Zustand rechtsseitiger Hemiplegie, vollständiger motorischer Aphasie und leichter Sensibilitätsstörungen rechts bot. Kopfschmerz und Erbrechen bestanden nicht, der Augenhintergrund normal, keine Hemianopsie, das Herz gesund, im Urin kein Albumen und Saccharum. Allmählich trat eine Besserung des Zustandes, besonders der Sprache, ein; die motorischen Störungen der Extremitäten dauerten hingegen noch längere Zeit an.

B. schließt aus der Plötzlichkeit des Anfalles, verbunden mit epileptiformen Zuckungen, daß es sich um eine embolische Hemiplegie handele, deren Ursprung sich im Entzündungsherde in der Tube befinde. Dagegen ist einzuwenden, daß ein Embolus, der von der Tube ausgeht, naturgemäß den Weg durch die Lungencapillaren nehmen muß, um das Gehirn zu erreichen. Hätte der Embolus das Herz auf dem Wege der großen Venen passirt, so würde ein Lungenschlag eingetreten sein. Es scheint sich vielmehr um eine Thrombose in den Gefäßen der Rinde zu handeln, veranlaßt durch Blutstauung in Folge der gonorrhoischen Entzündung. Casper.

K. Ries: **Zur Behandlung der acuten und chronischen Cystitis colli gonorrhoica und der hartnäckigen Formen von chronischer Gonorrhoe.** (Therap. Monatshefte 1895, Sept. — Centralbl. f. innere Med. 1896, No. 3.)

Die Symptome der Cystitis colli gonorrhoica oder Urethrocystitis posterior setzen sich meist zusammen aus den Symptomen der Urethritis posterior und der Cystitis. Die hervorstechendsten sind: der mit Intervallen von 20—5 Minuten eintretende, ja continuirliche Harnzwang, der unter heftigen Schmerzen und Krämpfen erfolgende Urinabfluß, dem nicht Ruhe, sondern Brennen und längs der Urethra ausstrahlende

Schmerzen und ein nicht unbedeutender Verfall des Pat. sich anschließen. Die Schmerzen quälen auch des Nachts mit gleicher Heftigkeit. Geringe Temperatursteigerung, plötzliches Auftreten, häufig nach Aufhören des Ausflusses, Schwanken des Harndranges nach der Lage des Pat. Besonders characteristisch ist, daß die zweite Harnpartion weniger getrübt erscheint als die erste und dass am Schlusse des Urinirens einige Tropfen Blut nachfließen. Chemisch findet sich Eiweiß, so lange der Harndrang andauert, die Reaction des Urins ist sauer, selten bei starker Hämaturie alkalisch. Mikroskopisch findet man Pus, Schleim, Epithelien der Harnröhre und der Blase.

Die therapeutischen Maßnahmen: Sitzbäder, Suppositorien von Morphium oder Belladonna, Cocaineinspritzungen, warme Umschläge oder Cataplasmen auf Blase und Dammgegend, Pulv. Dower., Bettruhe, werden übertroffen an Erfolg durch Balsam. copaiv. oder noch mehr Ol. lign. Santali (3 Mal täglich 20 Tropfen mit Ol. menth. pip. als Corrigens oder in Caps. gelatin. mit 0,3 pro Kapsel). Ist nach zweitägiger Anwendung kein Erfolg zu verzeichnen, so empfiehlt Verf. die von Ultzmann geübte Diday'sche Irrigation: nach Einspritzung einer 2—3proc. Cocainlösung in die Urethra anterior, Irrigation der Urethra posterior mit Arg. nitr. 1 : 1000. Darnach tritt meist heftiges Brennen in der Harnröhre ein für einige Stunden; die Krampfschmerzen nehmen ab und verschwinden ganz. Der Urin klärt sich, der Harndrang verringert sich, Schlaf tritt ein und das Allgemeinbefinden hebt sich. Nach 2—3maliger Anwendung kann eine nicht locale Behandlung eingeschlagen werden: Heiße Sitzbäder, strenge Diät, Laxantien, reichliche Getränkzufuhr, besonders Milch, Suppositorien.

Die Hauptsache bei der Methode der Irrigation ist, daß sie wirklich die Urethra posterior erreicht. Das Criterium, wo das Auge des Katheters sich befindet, ist das Verhalten der eingespritzten Flüssigkeit. Läuft die Lösung an den Seiten des Katheters am Orif. ur. heraus, so liegt er in der Pars anterior, fließt nichts zurück, in der Pars posterior, fließt die Lösung aus dem hinteren Ende des Katheters hervor, so ist das Katheterauge in die Blase eingedrungen.

Am besten eignet sich für diese Methode ein geknöpfter französischer Seidengespinnstkatheter. Er muss vorher mehrere Stunden in Sublimat gelegen haben, mit steriler Gaze abgerieben, in einem sterilen Tuche aufbewahrt und auf seine Festigkeit und Haltbarkeit geprüft sein. Zur Befettung dient steriles Glycerin. Orif. ext., Vorhaut und Glans müssen mit Sublimat gründlich gereinigt werden. Zur Einspritzung in die Pars posterior genügen 80—100 g warmer Arg. nitr.-Lösung; die gleichzeitig miterkrankte Pars anterior trifft man, wenn

man den Katheter wenige Centimeter zurückzieht, weitere 50—100 g einspritzt und das Orificium um den Katheter leicht comprimirt, um alle Stellen der Harnröhre zu berieseln, die Urethralfalten auszugleichen und auch an die Drüsen und Lacunen zu gelangen. Als Maximaldosis gilt 1 : 500.

In ausgedehnterem Maße wird die Durchspülungsmethode in subacuten und chronischen Fällen angewendet, besonders bei Erkrankung größerer Schleimhautflächen, und wenn der Urin neben Tripperfäden schleimig trübe ist.

Bei circumscripten, hartnäckigen Formen, wo submucöse Infiltrate vermutet werden dürfen, modificirte Casper die Methode. Nach Durchspülung mit lauwarmer Lösung wurde in die vordere Harnröhre heiße Lösung eingespritzt. Dies Verfahren wirkt gewissermaßen als Dilatation: durch die Hitze und den Druck wird die oberste Schleimhautpartie gelockert, durch die Ausdehnung der Gefäße kommt eine Hyperämie und seröse Durchtränkung zu Stande, auch die tieferen Partien werden dem therapeutischen Eingriff zugänglich gemacht. Es genügt eine Concentration von 1 : 2000 bis 1 : 1000. Lohnstein.

Arthur Lewin: **Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe.** (Berl. klin. Woch. 1896, No. 7.)

Das Argonin scheint einen beachtenswerten Fortschritt in der Gonorrhoebehandlung insofern zu ermöglichen, als es eine rasche Vernichtung der Gonococcen erzielt, ohne daß dabei eine stärkere Reizung gesetzt würde. Eine anticatarrhalische Wirkung kommt ihm in nur geringen Maße zu, so daß meist noch eine secundäre Behandlung mit Adstringentien erfolgen muß. — 15 g des Argoninpulvers enthalten so viel Argentum, wie 1 g Argentum nitricum. Ueber die antibacteriellen, entzündungserregenden Eigenschaften und die Eindringungsfähigkeit des Argonins liegen Mitteilungen vor von R. Meyer (Inauguraldissert. Breslau 1894 und Zeitschr. für Hygiene 1895).

Verf. brauchte das Mittel nach der Vorschrift von Jadassohn: 3 : 200 (Lösung durch allmähliches Erwärmen), 5 Mal täglich je 10 ccm zu injiciren, 5 Minuten in der Urethra zurückhalten. Von 12 mit einer Ausnahme frischen Fällen — 1—4 Tage nach Sichtbarwerden des Ausflusses — verschwanden die Gonococcen in 9 Fällen innerhalb 2—6 Tagen, um nicht mehr wiederzukehren. In einem Fall waren nach 4wöchentlicher Behandlung mit Injectio composita noch reichlich Gonococcen nachweisbar gewesen: sie verschwanden dauernd nach 2tägigem Argoningebrauch. Von den anderen 3 Fällen waren in einem noch nach 10 Tagen Gonococcen nachweisbar, bei einem zweiten kamen

nach Aussetzen des Argonins stets neue zum Vorschein, ein dritter entzog sich der Behandlung und kam mit einer frischen Prostatitis acuta wieder. — Reizerscheinungen durch die Infectionen wurden nicht beobachtet. Der nach Aussetzen des Argonins noch persistirende Ausfluß konnte durch Zinc. sulfocarb. oder Aehnliches rasch beseitigt werden. C.

Mattison (Brooklyn): **3 Todesfälle durch 4proc. Cocainlösung.** (Dublin. Tourn. of med. science. — La Rév. méd. No. 86.)

Ein Patient mit Harnverhaltung infolge einer Harnröhrenstrictur, erhielt vor der Operation eine Drachme einer 4proc. Cocainlösung in die Urethra eingespritzt. Alsbald verfiel er in große Erregung, zeigte heftige Convulsionen, so daß der Chirurg mit seinem Assistenten ihn kaum auf dem Operationstisch zu halten vermochte. Trotz der Anwendung von Amylnitrit starb er in vier Minuten.

Ein zweiter Patient, 25 Jahre alt, der seit zwei Tagen nicht Urin gelassen, hatte ebenfalls eine Harnröhrenstrictur. 20 Tropfen einer 4proc. Cocainlösung wurden in die Urethra injiirt. Er fiel sofort in Convulsionen und starb bald trotz aller Bemühungen. — In beiden Fällen zeigte die Section eine starke Hyperämie der Lungen.

Der dritte Fall betrifft einen jungen Mann, der sich von einem Specialisten einen Leberfleck im Gesicht entfernen lassen wollte. Der „Artist" bediente sich der Electrolyse, und um den Schmerz der Operation zu beseitigen, applicirte er auf die Wunde eine 4proc. Cocainlösung. Da der Schmerz nicht verschwand, so injicirte er 20 Tropfen derselben Lösung unter die Haut. In drei Minuten stellten sich Convulsionen und ein Collaps ein, und eine Minute später war der Patient tot. Die Autopsie wurde nicht gemacht. Kramm.

Kümmell: **Ein Fall von Cocainvergiftung.** (Sitzungsbericht d. Aerztl. Vereins in Hamburg, 23. April 1895.)

Ein 31jähriger nervöser Herr mit Blasenleiden und Strictura urethrae erhielt 3—4 g einer 5procentigen Lösung von Cocain intraurethral injicirt. Pat. stürzte ohnmächtig zu Boden, bekam Krämpfe. Die Erscheinungen hielten zwei Tage an; 160 Pulse, fliegende Respiration. Drei bis vier Tage war der Kranke bettlägerig und noch lange Tage nachher sehr elend und matt. L.

Guibé: **Rétrécissement congénital de l'urèthre.** (Bull. de la Soc. anat. de Paris, Bd. IX, Heft 17.)

Ein neugeborenes Kind stirbt 16 Stunden nach der Geburt. Es war vorher im linken Hypochondrium ein voluminöser, fluctuirender, scheinbar der Niere angehörender Tumor, sehr deutlich ballottirbar, constatirt worden. In den Windeln fanden sich Urin und Meconium.

Die Autopsie ergab: die linke Niere, zweimal so groß wie die rechte, wird von einem hühnereigroßen Tumor eingenommen, der fluctuirt und transparent ist. An der Innenseite des Tumors sitzt die Niere mit ihrem convexen Rand, aus dem der Tumor hervorgegangen zu sein scheint. Becken und Calices der rechten Niere sind erweitert; im Parenchym stecknadelkopfgroße Cysten. Die Cyste der linken Niere communicirt nicht mit dem Ureter; sie enthält ungefähr 40 ccm gelbroter Flüssigkeit; sie ist rings geschlossen und communicirt auch nicht mit der Niere selbst. Die Niere selbst zeigt, wie die rechte, deutliche Dilatation der Calices mit Atrophie und cystischer Degeneration des Parenchyms. Die Arteriae renales sind auf beiden Seiten doppelt vorhanden. Die Ureteren zeigen eine deutliche Zunahme ihres Calibers über die Norm. Die Blase ist klein, typische Balkenblase mit dicker (5—6 mm), fester, nach der Incision sich nicht retrahirender Wand. Zahlreiche Schleimhautecchymosen.

Eine in die Urethra eingeführte Sonde stößt im Niveau der Pars prostatica auf ein Hinderniß. Diese, die Pars prostatica, ist stark dilatirt und nur wenig gegen die Blase abgesetzt. In einer Entfernung von 3 cm vom Blasenhals endigt sie in einen Blindsack. Der Colliculus seminalis ist sehr deutlich und von ungewohnten Dimensionen. Vorn im Grunde des Blindsackes findet sich die Communication mit der Urethra anterior in Gestalt einer kleinen Oeffnung, die eben eine Nadel passiren läßt. Auch von außen sieht man hier die Urethra posterior plötzlich an Volum abnehmen, so daß man den Eindruck einer Einschnürung bekommt. — Die Veränderungen der höher gelegenen Organe sind also die Folgen dieser congenitalen Strictur. Casper.

Ladisl. Farkas: **Beiträge zur Urethrotomia interna.** (Ges. d. Aerzte in Budapest, Sitz. v. 13. Nov. 1895. — Pester med.-chir. Presse 1896, No. 3.)

Es werden zwei Fälle vorgestellt, deren erster schon vor 20 Jahren an Strictur litt und bei der Aufnahme im October nicht bougirt werden konnte. Tags darauf wurde die Operation mit dem demonstrirten Instrumente vollzogen und ist gegenwärtig ein Katheter von großem Caliber einzuführen.

Der zweite Fall betrifft eine Strictur traumatischen Ursprunges. Nach schwererer Verletzung am Unterleibe durch Bretter, die von einem Wagen fielen, ist nach Spitalsbehandlung eine Harnröhrenfistel zurückgeblieben. Seit einem Jahre schwere Harnentleerung. Die in der Pars membranacea bestandene Strictur wurde in analoger Weise wie im ersten Falle behoben; am fünften Tage nach der Operation war ein Bougie-Katheter No. 22 schmerzlos einzuführen. K.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Früherscheinungen.

Neumann: **Extragenitale Sclerose.** (K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 10. Jan. 1896. — Therap. Woch. 1896, No. 2.)

Neumann stellt einen Fall von extragenitaler Sclerose vor. Der Patient zeigt am Ringfinger der linken Hand dorsal- und palmarwärts je ein derbes, belegtes Geschwür, Schwellung der Cubitaldrüse. Gegenwärtig ist bereits Exanthem vorhanden. Die Affection kam durch Biß von Seiten eines Syphilitischen bei einem Raufhandel zu Stande. (Demonstrationen von Moulagen extragenitaler Sclerosen von seltener Localisation.) W.

Winternitz: **Initialsclerose am Mundwinkel.** (Ver. deutsch. Aerzte in Prag, 18. Oct. 1895. — Wien. klin. Woch. 1896, No. 2.)

W. stellt einen Säugling mit Initialsclerose am Mundwinkel, Adenopathie und maculopapulösem Syphilid am Stamme vor. Interessant ist, daß das Kind die säugende Mutter inficirte; an deren Brust findet sich noch ein frischer Initialaffect. Die Quelle der Infection des Kindes dürfte in einem Kusse zu suchen sein. W.

Wilhelm Scheitz: **Ueber die extragenitalen luetischen Infectionen.** (Siebenbürger Museum-Verein, Sitz. v. 27. Oct. 1895. — Pest. med.-chir. Presse 1896, No. 6.)

Innerhalb 15 Jahre sind auf der luetischen Abteilung des Karolinen-Spitals 6,21 pCt. extragenitale Infectionen vorgekommen; bei Frauen

15.3 pCt., bei Männern 3.65 pCt. In 11 Fällen war der Sitz der Infection die Oberlippe, in 8 die Unterlippe. 8 Mal die Tonsillen. 3 Mal die Mamma. 3 Mal die Finger, 2 Mal das Gesicht, und je 1 Mal die Zunge, die Nasenflügel, der Mons Veneris, der Anus und die Hinterfläche des linken Oberschenkels. K.

J. Lenz: **Fünf Fälle extragenitaler Syphilis.** (Wien. klin. Rundsch. 1896, No. 5—7.)

Die Statistik der extragenitalen Geschwüre verschiedener Länder giebt verschiedene Procentsätze an. Nach der Ansicht des Verf.'s wird die Syphilis in Böhmen in ansehnlicher Zahl durch den nicht geschlechtlichen Verkehr übertragen und verbreitet. Auf der Klinik von Janowski in Prag beträgt die extragenitale Syphilis bei Frauen 14,2 pCt. der Fälle. Diese Zahl ist analog den 14 pCt. der Siegmund-schen Klinik in Wien. — Der Primäraffect kann manchmal ganz unbeachtet auftreten und wieder spurlos vergehen, besonders an den versteckten oder auf den durch andere Entzündungsvorgänge veränderten Hautstellen (wie bei Prurigo, Impetigo, Akne, Scabies u. s. w.). Mit größter Wahrscheinlichkeit gehören hierher die seltenen, hier und da beobachteten Fälle der sog. Syphilis d'emblée der französischen Autoren. — Verf. berichtet über fünf Fälle extragenitaler Infection. Der Sitz der Initialsklerosen war die Unterlippe — Infection wahrscheinlich durch Eßgeschirr —, die Brustwarze, die Bauchhaut, der Daumen (bei einer Hebamme), die linke Tonsille.

Die Mehrzahl der extragenitalen Infectionen betrifft Frauen; nach der Statistik von Bulkley — der vollständigsten — werden die Männer in 6 pCt., die Frauen in 12 pCt. betroffen. — Was den Sitz des Schankers betrifft, so sind die Lippengeschwüre bei Weitem die häufigsten, die der Brustwarze kommen in zweiter Linie. Nach der Statistik von Bulkley, die bis zum Jahre 1894 9058 Fälle extragenitaler Infection enthält, die von Berliner kürzlich auf 9424 Fälle vervollständigt ist, waren die Lippen in 1992, die Brüste und Brustwarzen in 1210 Fällen der Sitz der Primäraffection. Den Wangen gehörten 148, der Stirn- und Schläfengegend 38, den Ohren 27, den Tonsillen 353, dem Abdomen 106, den Fingern und Händen 468 Fälle an. Bei seinen eigenen Kranken fand Bulkley primäre Lippengeschwüre fast in der Hälfte der Fälle (50 : 113); davon entfielen auf die Oberlippe 16, auf die Unterlippe 33, auf die Mittellinie der Lippe 1 Fall; an der rechten Seite war der Sitz bei 13, an der linken bei 12, in der Mitte bei 16 Kranken. Von den Lippenschankern kommen bezüglich ihrer Entstehung nach Neumann 20 pCt. auf Rechnung der sexuellen Perver-

sität. Interessante Angaben über sonstige Entstehung der extragenitalen Primäraffecte giebt das Buch von Bulkley: „Syphilis der Unschuldigen". Verf. teilt die interessantesten Aetiologien der in neuester Zeit veröffentlichten Lippensklerosen mit. Was die Fingersklerosen betrifft, so gehören sie bei Aerzten und Hebammen meist der von Bulkley sog. „Syphilis technica" an. Fournier sah von 49 Fingersklerosen 30 bei Aerzten, Bulkley von 15 10 bei Aerzten. Verf. berichtet über 2 Fingersklerosen bei einem Leichendiener (durch Infection bei der Section) und bei einem Badediener. Schwierigkeiten bezüglich der Diagnose kann die Tonsillarsklerose machen: eine Reihe anderer ulceröser Processe ist auszuschließen, von denen das gummöse Geschwür nach Dieulafoy zu den größten Seltenheiten gehört und meist ohne Adenopathie verläuft. Die Differentialdiagnose an der Tonsille wie an anderen Stellen wird vom Verf. eingehend besprochen. Zuweilen sind acute Entzündungserscheinungen in der Umgebung der Primäraffecte beobachtet, wie Pseudoerypsipel, nässendes Ekzem u. s. w. — Die extragenitalen Geschwüre geben manchmal Anlaß zum Entstehen von Syphilisendemien. — Bei der Syphilis der Kinder spielen die Lippenschanker eine wichtige Rolle; sie werden um so eher übersehen, als sie gerade oft der Induration entbehren. — Die vielfach schweren Spätformen der extragenital erworbenen Syphilis finden ihre Erklärung in dem Umstande, daß die Affection ursprünglich unerkannt und unbehandelt geblieben ist. Nach der Statistik von Marschalk über 673 Fälle tertiärer Lues beobachteten von diesen keine primäre Affection 57 pCt. Frauen, 26 pCt. Männer in der klinischen, 42 pCt. Frauen und 6 pCt. Männer in der Privatpraxis. Die secundären Erscheinungen wurden von 60 pCt. Frauen und 37 pCt. Männern aus der klinischen und 42 pCt. Frauen und 17 pCt. Männern der privaten Praxis übersehen.

Verf. vervollständigt die Bulkley-Berliner'sche Statistik durch die im Jahre 1895 mitgeteilten Fälle von extragenitaler Infection. Die Litteratur der letzten Jahre ist angefügt.

Im Anschluß an diese Arbeit wird „ein Fall extragenitaler Syphilis" von einem Arzt, Dr. P., mitgeteilt, der sich selbst, offenbar bei einer geburtshilflichen Operation, am Unterarm inficirt hatte.

Lohnstein.

M. Kahane: **Eine Nervenerkrankung nach Syphilis.** (Wiener med. Club, Sitz. v. 26. Jan. 1896. (Wiener klin. Rundsch. 1896, No. 6.)

Pat. hatte im Juni 1895 Lues erworben und zeigte im November Zeichen einer Nervenerkrankung, indem bei erhaltenem Bewußtsein Kopfschmerzen und Mattigkeit auftraten, so daß Pat. zusammenstürzte.

Er hatte früher stets 8—9 Glas Bier täglich getrunken. Die Untersuchung ergab linksseitige Parese, besonders des Armes, Steigerung der Sehnenreflexe, keine Sensibilitäts- und Sprachstörungen, jedoch Mitergriffensein der unteren Aeste des Facialis. Die Parese des Beines ging zurück, an der oberen Extremität bildete sich Paralyse mit leichten trophischen Störungen aus, als: Vermehrte Schweißsecretion, glänzende Beschaffenheit der Haut und Temperaturherabsetzung. Durch antisyphilitische Kur gingen alle Erscheinungen zurück bis auf eine geringe Schwäche des Beines und Steigerung der Reflexe. Auch Fußclonus bestand. — Die Diagnose wurde rücksichtlich der Dauer der Erkrankung auf eine localisirte endarteriitische Affection gestellt, welche zu Ernährungsstörungen der befallenen Region geführt hatte. Der baldige Rückgang der Lähmungserscheinungen erklärt sich aus der Abnahme der Ernährungsstörungen in den per contignitatem afficirten Gehirnpartieen. Die Prognose ist als günstig anzunehmen. K.

Pečirka: **Syphilis d'emblée.** (Ver. d. böhm. Aerzte in Prag. Sitz. v. Oct. 1895. Wiener klin. Rundsch. 1896, No. 6.)

P. hält es für sicher, daß es Erscheinungen erworbener Syphilis gebe, ohne daß es je gelingt, eine Eingangspforte zu finden. An der Hand dreier Fälle bespricht er diese seltene und seltsame Form der Syphilis:

Im 1. Fall characteristisches, maculöses Syphilid am Stamme, Gesicht und Extremitäten;

im 2. Erscheinungen eines floriden, maculösen Syphilides am ganzen Körper bei einem intelligenten 26jährigen Künstler;

im 3. Auftreten eines maculösen Syphilides am Stamme und den Extremitäten, ferner besteht Heiserkeit und erschwertes Schlingen.

In allen 3 Fällen ist weder an den sichtbaren Schleimhäuten noch sonst an der Körperfläche eine Spur von einem Primäraffecte oder einer Narbe noch einer Induration zu constatiren. K.

Th. K. Trapeznikow: **Ueber Folgen nicht behandelter Syphilis.** (Sitzung d. Russ. syph. u. dermat. Ges. v. 28. Oct. 1895.)

Vortragender stellt einen Kranken mit schwerer Syphilis vor. Der Fall zeigt deutlich, wie gräßlich diese Krankheit ohne entsprechende therapeutische Maßnahmen wirkt. Patient hatte April 1893 Lues acquirirt, im Juni trat ein Ekzem auf, dessentwegen er im Krankenhause Einreibungen machte. Im Februar d. J. kam er in die Klinik wegen acuter Nephritis, zahlreicher Geschwüre und einer colossalen ringförmigen Narbe auf dem rechten Schulterblatt. Die Geschwüre

verschwanden bald und im Mai wurde Pat. entlassen. Er kehrte nach Hause zurück, wo die Krankheit wieder ausbrach. Da er kein Geld zur Reise besaß, so machte er, um in die Klinik zu kommen, die Tour von 900 Werst zu Fuß. Pat. zeigt fast an allen Stellen des Körpers colossale, ringförmige, mit großen schwarzen Borken bedeckte Geschwüre, ein Zustand, den man heutzutage selten zu sehen bekommt.

Gr.

F. F. Semperowitsch: **Erkrankung des Rückenmarks im condylomatösen Stadium der Lues.** (Sitzung d. Russ. syph. und dermat. Gesellschaft vom 28. Oct. 1895.)

Pat., 30 Jahre alt, verheiratet, Vater von vier Kindern, Alkoholiker, begann im Juni 1894 eine zunehmende Schwäche in den Beinen zu verspüren, Parästhesien, Mastdarm- und Blasenstörungen. Im December wurde er bettlägerig, März 1895 bemerkte er einen Ausschlag am Halse und der Nase, im Mai am Rumpf und den Händen. Nach längerem Verweilen im Krankenhause, wo er mit Einreibungen und KJ behandelt wurde, konnte er, wenn auch mühsam, am Stocke sich bewegen. Es wurde die Diagnose auf: Erb'sche spinale Paralyse auf Grund von Lues gestellt.

Gr.

S. J. Kulnew: **Zur Frage der Hg-Idiosynkrasie.** (Sitzung der Russ. syph. u. dermat. Gesellsch. vom 28. Oct. 1895.)

Ref. unterscheidet drei Arten von Idiosynkrasie:

1) Eine idiopathische, bedingt durch angeborene Veränderungen im Bau der Centren. Dafür sprechen Fälle von Juellen und Zeissl.

2) Eine chemische, welche zeitweise auftritt, veranlaßt durch Veränderungen in der chemischen Zusammensetzung der Gewebssäfte, z. B. bei Bildung von Quecksilberjodid.

3) In Folge von erhöhter Erregbarkeit des Nervensystems, veranlaßt durch fortwährende Reizung der Endausbreitungen sensibler Nerven. Diese 3. Form trifft man am häufigsten bei Reizung der Schleimhaut des Verdauungscanals. K. führt die Krankengeschichte zweier Pat. an, bei denen die Anwesenheit von Würmern im Darme eine Idiosynkrasie gegen Hg-Präparate hervorrief. Nach erfolgreicher Einleitung einer Abtreibungskur konnten Pat. nunmehr die Präparate uz sich nehmen.

Gr.

Späterscheinungen.

Jacquinet (Reims): **La syphilis du coeur.** (Gaz. des hôp. 1895, 93. — Centralbl. f. inn. Med. 1896, No. 1.)

Die zu den seltensten Erscheinungen der Syphilis gehörigen syphilitischen Herzaffectionen lassen pathologisch-anatomisch zwei Hauptgruppen von Erkrankungen unterscheiden: 1) solche direct durch Syphilis hervorgerufen: Gummibildung und Myocarditis fibro-sclerosa, und 2) solche als Folge der syphilitischen Veränderungen: regressive Metamorphose der Herzmusculatur im Anschluß an Gummibildung, Hypertrophie und Dilatation, sowie partielles Herzaneurysma im Anschluß an Myocarditis. Am Endocard allein kommen selten syphilitische Veränderungen vor, meist mit Bildung von Gummata oder Ulcerationen, am häufigsten in scleröser Form, während die Syphilis des Pericards außerordentlich selten ist. Eine syphilitische Pericarditis kann localisirt und generalisirt sein, über Gummibildung liegen nur zwei Beobachtungen vor. Hereditäre Syphilis des Herzens zeigte sich in $^1/_7$ aller Fälle.

Die Symptome der Secundärsyphilis sind meist: Beschleunigung der Herzcontractionen, ungewöhnlich starke Fühlbarkeit des Spitzenstosses, Präcordialangst mit Beklemmung und Dyspnoe. Diese Anfälle sind intermittirend, unregelmäßig, von secunden- bis minutenlanger Dauer, treten häufig ohne jede Ursache ein, oft als Folge mancherlei Bewegungen. Die physikalische Untersuchung ist negativ, wie bei den infectiösen Krankheiten.

Bei der tertiären Form zeigen sich fast constant die Erscheinungen einer chronischen Myocarditis. Die Herzbewegungen sind meist kräftig, aber begleitet von starkem Herzstoß und unregelmäßig, der Puls ist meist schwach und unregelmäßig, oft Dyspnoe vorhanden. Physikalisch ist nichts zu ermitteln. Oft tritt percutirbare Hypertrophie des Herzmuskels ein. Eine schwere Form ist durch asthmatische Anfälle und Schmerz in der Herzgegend characterisirt.

Die Diagnose der Herzsyphilis ist sehr schwer, oft unmöglich, da es kein sicheres pathognomonisches Zeichen giebt.

Die Therapie ist die übliche Behandlung mit Quecksilber und Jodkali, event. Bekämpfung der Herzerscheinungen. Led.

L. Batut: **Ueber die Sternomyositis syphilitica.** (Journ. des mal. cutan. et syphil. 1895, 107. — Wien. med. Woch. 1896, 3.)

Als Sternomyositis bezeichnet Verf. eine Entzündung im Gebiete des Sternocleidomastoides. Diese entsteht nicht so selten auf der Basis einer Syphilis, wie 16 vom Verf. aus der Litteratur zusammengestellte

Fälle beweisen, die alle der französischen Litteratur entstammen. In allen diesen Fällen handelt es sich um Spätformen, um Gummata. Verf. fügt diesen 2 weitere, von ihm beobachtete Fälle bei und bespricht ihre Symptomatologie und Therapie. Es handelte sich in beiden Fällen um Gummata, die sich im unteren Drittel des M. sternocleidomastoides entwickeln, langsam, schmerzlos entstehen, sich zunächst sehr derb anfühlen, dann erweichen und vereitern, Auf Jodkali 5,0—10,0 g pro die erfolgt rasch Heilung. Auch bei congenitaler Syphilis werden sie beobachtet. Led.

E. Fränkel: **Ueber stricturirende Mastdarmgeschwüre.** (Münch. med. Woch. 1895, No. 24. — Centralbl. f. Gynäc. 1896, No. 2.)

Fränkel sieht „in der besagten Darmaffection ein mit anderen als auf syphilitischer Basis beruhend anerkannten Organläsionen gleichwertiges Krankheitsproduct“.

Von 9 mit stricturirenden Mastdarmgeschwüren behafteten Fällen ergab die Obduction 7 Mal anderweitige syphilitische Organveränderungen. Auch die bei der mikroskopischen Untersuchung derartig erkrankter Därme erhobenen Befunde sprechen sehr zu Gunsten der syphilitischen Pathogenese. Daß fast ausschließlich das weibliche Geschlecht mit diesen Geschwüren behaftet ist, läßt sich vielleicht so erklären, daß es durch den bei einem großen Teil der Frauen bestehenden Zustand chronischer Obstipation nicht gar so selten zu oberflächlichen Schleimhautnecrosen kommt, und zwar gerade in dem Bezirk, der als Prädilectionsstelle für die stricturirenden Mastdarmgeschwüre anzusehen ist; wenn nun auch nicht eine eigentliche Necrose die Ursache sein muß, so kann man sich doch vorstellen, daß die Mastdarmschleimhaut von mit habitueller Obstipation behafteten Frauen ein Punctum minoris resistentiae darstellt.

F. empfiehlt bei allen an stricturirenden Mastdarmgeschwüren Leidenden genaue Untersuchung auf Syphilis, erinnert dabei an das Virchow'sche Symptom der glatten Atrophie des Zungengrundes und pflichtet Schede bei, der die Exstirpation der betr. Darmabschnitte anrät. W.

Emery: **Gomme du sein.** (Soc. de Dermat. et Syph., 9. Jan. 1896. — La Semaine méd. 1896, No. 3.)

In der Brustdrüse einer Frau entwickelte sich ein harter Knoten, von Anfang an schmerzhaft und sehr schnell wachsend, alsbald eine Ulceration im Centrum zeigend. Der Tumor besaß alle Eigenschaften eines Gummiknotens der Brustdrüse, die Therapie bestätigte die Dia-

gnose. Bemerkenswert ist, daß dieselbe Patientin einige Monate zuvor einen Gummiknoten der Vagina gehabt hatte, eine seltene Localisation der Tertiärlues. Die Gummiknoten der Brustdrüse sind nicht sehr selten, indessen konnte Clauve im Januar 1896 nur 23 authentische Beobachtungen aus der Litteratur zusammenstellen. Für die Diagnose besonders characteristisch ist das Fehlen jeder Schwellung der Axillar- oder Subclaviculardrüsen, welche sich in dem ulcerösen Stadium der Gummigeschwulst nur ausnahmsweise finden. Man kann hierdurch besonders leicht die Differentialdiagnose stellen gegenüber der circumscripten chronischen Mastitis, bei welcher die Lymphdrüsenschwellung eines der ersten Zeichen ist. R—s.

C. F. Beadles: **Gummata of Brain.** (Pathol. Soc. of London, Sitz. v. 7. Jan. 1896. — The Lancet, 11. Jan. 1896.)

B. zeigt eine Gummigeschwulst des Hirns. Der Pat. war ein 28jähriger Soldat, der in einem Stadium von acuter Malarie in's Krankenhaus eingeliefert worden war. Vier Jahre vorher hatte er in Indien am gelben Fieber gelitten, bald darauf sich syphilitisch inficirt. Er sah blaß und abgemagert aus, bot aber keine Erscheinungen seitens Herz und Lunge. Er lief ruhelos im Zimmer umher und verweigerte jede Nahrung, so daß er mehrfach mit der Schlundsonde ernährt werden mußte. Reichliche Dosen Chloral und Bromkali hatten keine beruhigende Wirkung, ebensowenig Hyoscyamin subcutan. Drei Monate nach der Einlieferung bekam er plötzlich eine Art Schlaganfall; er sank um, verlor das Bewußtsein, der Puls wurde langsam und intermittirend, die rechte Pupille erweiterte sich, die linke wurde kleiner, bis zu Stecknadelkopfgröße. Er erholte sich, bekam jedoch nach einer halben Stunde einen zweiten Anfall, und 14 Stunden später starb er, ohne das Bewußtsein erlangt zu haben.

Bei der Section fanden sich die Hirnhäute verdickt, die Gefäße der Basis normal. Ungefähr in der Mitte des rechten Stirnlappens, an seiner unteren Fläche, fand sich ein Gummiknoten, der von der Gehirnsubstanz getrennt und fester und dunkler als diese war, die Gehirnsubstanz selbst war sehr weich. Ein ähnlicher Tumor fand sich im unteren Abschnitte der linken Hemisphäre, und zwar am inneren unteren Teile des Linsenkerns, in einer Erhöhung unmittelbar vor dem Opticus-Chiasma, und in Verbindung mit der mittleren Cerebralarterie. Mikroskopisch stellte sich die Geschwulst als syphilitische Wucherung heraus. Derartige Tumoren sind sehr selten; Verf. fand von 4000 derartigen Fällen nur 5 mit solchen Gummiknoten.

R—s.

De Beurmann: **Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer, action rapide du traitement mixte.** (Soc. d. Dermat. et Syphilis, 9. Jan. 1896. — La Semaine méd. 1896, No. 3.)

Einer 50jährigen Frau war vor 4 Jahren wegen eines Tumors die eine Brust amputirt worden, 2 ähnliche Geschwülste waren jetzt in der Nachbarschaft der Narbe aufgetreten. Die Frau war vor ca. 28 Jahren syphilitisch inficirt und seit dieser Zeit einer fast ununterbrochenen Jodkalitherapie unterworfen, hatte aber niemals Quecksilber bekommen. An der rechten Brust zeigte sich eine Narbe von ca. 10 cm Länge, in ihrer Umgebung zwei harte und indolente Tumoren der Haut von ungefähr Mandelgröße. Beide Neubildungen bestanden seit drei Wochen, waren sehr schnell gewachsen trotz der Jodkalibehandlung. B. verschrieb der Patientin folgende Lösung:

Rp. Hydrarg. bijodat. 0,2,
Kal. jodat. 25,0,
Syr. simpl. 500,0,

und ließ davon 2 Eßlöffel täglich nehmen. Nach 6 Tagen waren die Tumoren verschwunden, wodurch ihre syphilitische Natur, sowie die der vor 4 Jahren exstirpirten Geschwulst sicher erwiesen war. K—z.

Christian Herter: **Cerebrospinal-Syphilis.** (New-York neurol. Soc., Sitz. v. 3. Dec. 1895. — Med. Record 1896, No. 2.)

28jähriger Mann, der vor 2 Jahren ein Ulcus durum gehabt hatte, bietet seit ca. einem Jahre Cerebralsymptome. Zunächst war die Sehkraft des rechten Auges herabgesetzt, dann trat rechts Ptosis auf, Lähmung der Nn. oculomotorius, facialis und trigeminus. Dann bekam er in einzelnen Muskeln des rechten Armes eine Schwäche, vor ca. einem Jahre eitrigen Ausfluß aus dem rechten Ohre, der mehrere Monate anhielt. Um dieselbe Zeit wurde das rechte Auge des Pat. durch einen Faßreifen verletzt, bald darauf begann er über Doppeltsehen und Speichelfluß am rechten Mundwinkel zu klagen. Nach längerer Behandlung mit Jodkali gewann Pat. wieder die Controlle über die Bewegungen der Augenmuskel und -Lider. Die im Nov. 1895 vorgenommene Untersuchung ergab leichte Ptosis rechterseits, Schwäche des M. rectus internus dexter und Parese der Mm. recti sup. et infer. Der M. rectus internus war noch im Stande, binoculares Sehen zu ermöglichen, aber nicht die Convergenz zu vermitteln; die Accomodationsfähigkeit war stark herabgesetzt. Die Bewegungen des Gesichtes waren in Ordnung, auch Speichelfluß bestand nicht mehr. Die electrische Erregbarkeit der Gesichtsmuskeln war normal, geringe Sensibilitätsstörungen bestanden in der Mundgegend; die Uvula wich nach links ab, ihre Sensi-

bilität schien nicht gestört. Beide Arme, besonders der rechte, zeigten eine gewisse Schwäche. Die Flexoren der rechten Hand waren schwach, die der Finger ganz paralytisch, die Kraft der Pronatoren und Supinatoren normal. Die paretischen und paralytischen Muskeln waren sämtlich mehr oder weniger atrophisch. Das Ulnargebiet der rechten Hand und der unteren 2/3 des rechten Vorderarmes zeigte herabgesetztes Temperatur-, Schmerz- und Tastgefühl. Links bestand nur geringe Parese der Flexoren der Hand, aber keine sensiblen oder electrischen Störungen. In beiden Armen bestand beim Ausstrecken geringer Tremor. In beiden Beiden waren keine sensiblen oder motorischen Störungen nachzuweisen, Patellarreflex fehlte, hingegen Plantar- und Cremasterreflex vorhanden. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und aneinander gesetzten Füßen schwankte Pat. heftig. Urinentleerung ohne Schwierigkeit. In der rechten Regio hypogastrica bestanden häufig Schmerzen, aber kein Gürtelgefühl. Die Diagnose wurde auf Cerebrospinal-Syphilis gestellt und demgemäß eine Jodbehandlung eingeleitet, welche Besserung hervorrief; besonders schien der Trigeminus ergriffen gewesen zu sein.

Frattali: **Pigmentary syphilide.** (The Brt. Irl. of Derm., Jan. 1896.)

Verf. konnte zwei Fälle von Leucoderma syphiliticum anatomisch untersuchen und fand teils Verminderung, teils Vermehrung des Pigments in der untersten Reteschicht, außerdem eine Rundzelleninfiltration um die Gefäße.

Dreyer.

Syphilis congenita.

Prof. Caspary: **Zur Genese der hereditären Syphilis.** (Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896, No. 1.)

Eine 22 Jahre alte Tischlersfrau war von ihrem Manne, welcher vor der Verheiratung Lues acquirirt hatte, in den ersten Monaten nicht inficirt worden. Im 8. Monate der Gravidität bekam sie plötzlich einen Primäraffect an der Mamilla und bald darauf andere deutliche syphilitische Symptome. Trotzdem wurde sie von einem völlig gesunden Kinde entbunden, welches jedoch im Alter von vier Wochen an Darmcatarrh starb. Die Section zeigte keinerlei Zeichen von congenitaler Syphilis. Wir haben also in diesem Falle eine sichere Beobachtung, daß die intra graviditatem inficirte Mutter das Gift nicht auf das Kind übertragen hat, daß also hier die Placenta als undurchgängiges Filter ge-

wirkt hat, eine Lehre, die von Kassowitz bereits vor 20 Jahren aufgestellt und allen Angriffen gegenüber auf's Entschiedenste verteidigt worden ist. Ihm schloß sich Dohrn an. Nach Ansicht C.'s sind jedoch sämtliche von diesen beiden Autoren angegebenen Fälle ebenso wie der oben angeführte nicht völlig beweiskräftig. Es werden dann noch zwei Fälle angeführt, wo intra graviditatem inficirte Frauen völlig gesunde Kinder gebaren, jedoch wurde hier im Gegensatz zu dem ersten Falle die Mercurialtherapie angewandt. In dem vierten von C. aufgeführten Falle jedoch konnte bereits intra vitam hereditäre Syphilis constatirt worden, was die bald darauf folgende Section bestätigte. Die Frau war hier im vierten Graviditätsmonate inficirt worden.

Aus diesen vier Fällen zieht C. den Schluß, daß die Placenta sicher als undurchgängig gegen die syphilitische Infection wirken kann, daß sie wahrscheinlich oft so wirkt, und es liegt nahe anzunehmen, daß sie meist so wirkt. Man muß jedoch zugeben, daß, wenn auch nur in einem sicheren, einwandsfreien Falle der Durchgang des Giftes von der in der Schwangerschaft inficirten Frau zu dem gesund erzeugten Foetus nachgewiesen ist, die Frage jedoch dahin gelöst ist, daß die Placenta durchlässig sein kann. Derartige Fälle sind nun mehrfach mit allem nötigen Detail von Zeissl jun., Vajda, Behrend, Hudson, Engel, J. Neumann in Wien und Dickring beschrieben worden. Von mehreren Seiten ist nun besonders wegen der Analogie mit anderen Infectionskrankheiten und zumal mit den Ergebnissen von Tierexperimenten, die Sache so dargestellt worden: „Die gesunde Placenta ist auf alle Fälle undurchlässig; nur wo Blutungen stattgefunden haben, wo die Bacterien Krankheitszustände in den Placenten hervorgerufen haben, könne das Virus aus dem mütterlichen in den kindlichen Teil hinübergelangen.“ Ob die Placenta krank ist in utero, ob Blutungen stattgefunden haben, werden wir erst nach der Geburt feststellen können. Erfahrungsgemäß können nun auch lebensfähige Foeten bei kranken Placenten ausgetragen werden und oft genug sind die Placenten hereditär syphilitischer Früchte mikroskopisch und makroskopisch gesund befunden worden. Zum Schlusse bespricht C. noch das sogenannte Gesetz von Profeta, wonach gesund gezeugte und trotz Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft gesund geborene Kinder refractär gegen syphilitisches Gift sein sollen. Auf Grund zahlreicher, von verschiedenen bedeutenden Autoren berichteter Fälle glaubt C. sagen zu müssen, daß das sogenannte Gesetz von Profeta zwar die Regel, aber kein Gesetz ist, da Ausnahmen vorkommen. Das muß aber genügen, um von der Impfung eines solchen, anscheinend gesunden Kindes mit syphilitischem Eiter abzuhalten, wenigstens würde

Verf. eine solche unter allen Umständen ablehnen. Dasselbe würde er gegenüber der gesund erscheinenden Mutter eines hereditär-syphilitischen Kindes thun und hält es für ein dreistes Unternehmen, gesunde Menschen einer möglichen Infection auszusetzen. Er selbst hat im Jahre 1875 in dem Glauben, daß das Gesetz von Colles ein ausnahmslos giltiges sei, eine solche Frau geimpft, würde jedoch das Experiment nimmermehr wiederholen. Arnheim.

J. H. Morgan: **On congenital syphilitic manifestation in bones and joints.** (Pediatrics 1896, No. 1.)

Morgan giebt an, daß bei kindlichen Knochen besonders leicht an den Enden des Humerus und der Tibia Veränderungen entstehen. Die Entzündung breitet sich von der Epiphyse bald auf das Periost aus, ruft Verdickungen am Knochenende hervor, und häufig bildet sich ein Zustand von Pseudoparalyse aus: Sobald Eiterung eintritt, ist diese im Stande, sich auf das benachbarte Gelenk zu erstrecken, in dem sie furchtbare Zerstörungen zur Folge hat. Bei älteren Kindern bilden sich an den Röhrenknochen Knoten aus, am Gaumen und Nasenbein tritt häufig Necrose ein. M. hält Syphilis und Rhachitis für grundverschieden von einander, indem letztere meist eine Folge mangelhafter Ernährung sei, häufig aber durch die schwächenden Folgen der angeborenen Syphilis stark beeinflusst werde. Thomas Barlow ist mit diesen Ansichten im Allgemeinen einverstanden, kann aber aus eigener Beobachtung angeben, dass er, trotzdem Exostosen einerseits und Schwund der Schädeldecke andrerseits in der Mehrzahl der Fälle von Syphilis abhängig seien, sich doch überzeugt habe, daß in gewissen Fällen die Rhachitis an diesen Veränderungen mitgewirkt hätte. W.

Ueber angeborene Syphilis. (Med. Press. 1895. — Pediatrics 1896, No. 1.)

Die hereditären Syphilis hat folgende Haupteharacteristica:

1) die Infection ist nicht das Resultat der Durchdringung des gesamten Lymphgefäßsystems;
2) bei der hereditären Syphilis giebt es keine primären Geschwüre;
3) die hereditäre Syphilis ergreift den Gesamtorganismus, innerlich und äußerlich.

Der Einfluß des Vaters auf die Syphilis des Kindes ist bisher übertrieben worden, aber nichtsdestoweniger sicher erwiesen. Der Einfluß der Mutter ist absolut sicher, unabhängig von jeder Krankheit des Vaters; und der Einfluß des Foetus auf die Mutter ist durch die

*) Brit. Med. Assoc. 1895.

Arbeiten von Diday und Fournier über allen Zweifel sicher gestellt worden.

Die Erscheinungen der kindlichen Syphilis bestehen in Läsionen der Haut: Pemphigus, Roseola und blasenförmige Pusteln, Verletzungen der Schleimhäute: Flecken auf derselben, Coryza, Eingeweideläsionen: gewöhnlich sind dabei die Lungen, Leber und Testikel ergriffen, und Veränderungen der Knochen, besonders des Schädels und an diesem vor Allem der Scheitelbeine.

Die Therapie der kindlichen Syphilis ist einfach genug. Es genügt, täglich eine geringe Menge grauer Salbe (ungefähr in Größe einer Nuß) auf dem Bauche, in die Wade und Brust einzureiben. Bestehen Syphilide der Haut, so verordnet man ein Bad von Hydrarg. corrosiv., für die Verletzungen der Schleimhäute Calomelsalben. A.

Alois Pollak: **Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis.** (Deutsch. Med. Woch. 1896, No. 2.)

Unter diesem Titel veröffentlichte Dr. Reuter[1]) einen Artikel, in dem er versucht, die Ursachen der sogenannten Pseudoparalyse bei der hereditären Syphilis darzulegen.

Reuter sieht in der Pseudoparalyse eine wirkliche Lähmung (resp. Contractur als Vorstufe derselben) infolge von Compression der Nerven durch periostale, luetische Auftreibungen, sei es der Extremitätenknochen, sei es der Wirbel und stützt diese Behauptung durch drei Krankengeschichten. Diese Erklärung erscheint von vornherein plausibel und paßt gewiß für einzelne Fälle. Daß sie aber nicht für alle Fälle paßt, sucht Pollak an den Krankengeschichten Reuter's selbst und durch einen Fall eigener Beobachtung nachzuweisen.

Die genauere Betrachtung dieser Fälle führt den Verf. zu folgender Ansicht: die hereditär luetische Epiphysenentzündung unterscheidet sich von anderen ähnlichen Affectionen hauptsächlich durch die bei derselben ganz besonders in den Vordergrund tretenden Lähmungserscheinungen. Eine sichere Erklärung dieser eigentümlichen Erscheinung ist bis jetzt nicht gegeben. Möglicherweise wird sie verursacht durch verschiedene Momente. Diese wären: 1) mangelhaftes Bewegungsvermögen des neugeborenen Kindes überhaupt, 2) zu gleicher Zeit vorhandene Erkrankungen des Centralnervensystems, 3) Compression der Nerven durch die Geschwulst. — Es ist klar, daß nur die erste Erklärung eine allgemeine Bedeutung haben kann, die zwei anderen aber nur für einzelne Fälle zutreffen können. Ob die erste Erklärung richtig ist, würde

[1]) Deutsch. med. Wochenschr. 1895, No. 32.

sich zeigen bei Beobachtung 1) andersartiger Epiphysenaffectionen Neugeborener und 2) luetischer Epiphysenaffectionen bei etwas älteren Kindern. Es müßte sich dabei ergeben, daß bei Kindern der ersten Kategorie ebenfalls auffallende Lähmungserscheinungen vorliegen, bei Kindern der zweiten Kategorie aber nicht. **Neumann.**

Ogilvie: **Die Ausnahmen des Colles'schen Gesetzes.** (The Lancet, 1. Februar 1896. Verhandlungen der Royal Medical and Chirurgical Society. Sitzung vom 28. Januar 1896.)

Ogilvie teilt mit, daß die Anzahl der Fälle, die gegen das Colles-sche Gesetz sprechen, bisher, soweit sie veröffentlicht sind, etwa 20 beträgt. Diese Ausnahmen müssen jenes Gesetz zum Wanken bringen. Auf noch schwächerer Grundlage beruht das sogenannte Profeta'sche Gesetz. Wie die Erfahrung gezeigt hat, sind gesunde Kinder, von einer syphilitischen Mutter geboren, durchaus nicht immer gegen Syphilis immun, obgleich bei der Mutter syphilitische Erscheinungen während der Schwangerschaft vorhanden gewesen waren. Die Unzuverlässigkeit beider Gesetze wird auch durch jene Fälle dargethan, wo die Mutter eines mit congenitaler Lues behafteten Kindes kurz vor oder nach der Geburt eine frische Syphilis acquirirt hat. Doch wird endgiltig über den Wert beider Gesetze nur eine umfangreiche Sammelforschung zu entscheiden vermögen.

In der Discussion verteidigt Hutchinson das Colles'sche Gesetz. Man muß nur den Ausdruck Immunität richtig auffassen. Es giebt keine absolute, sondern nur eine relative Immunität, indem diese durch verschiedene Ursachen aufgehoben werden kann. Eine einmalige syphilitische Infection schützt nicht absolut vor einer zweiten und er selbst habe letztere schon innerhalb eines Jahres nach ersterer auftreten gesehen. Nichtsdestoweniger kann man den Satz durchaus aufrecht erhalten, daß einmalige syphilitische Infection gegen eine zweite immun macht. Von diesem Standpunkt ist auch das Colles'sche Gesetz aufzufassen. Die verschwindend seltenen Ausnahmen desselben vermögen es nicht umzustoßen.

Lees hat niemals Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz gesehen. Wo solche vorkommen, mögen sie durch einen äußerst schnellen Verlust der Immunität erklärlich sein. Jedenfalls berechtigen die seltenen Ausnahmen nicht zu practischen Folgerungen, dahin gehend, daß man daraufhin dem Kinde die Mutterbrust entziehen zu müssen glaubt.

Löwenthal.

Therapie der Syphilis.

A. Kühner: **Meine Behandlung der Syphilis.** (Prag. med. Woch. 1895, No. 43. — Oest.-Ungar. Centralbl. f. d. med. Wiss., 1896., No. 2.)

Verf. betont vor Allem die Verhütungsmaßregeln, die sich zunächst beziehen auf die erste Infection, und zwar sowohl auf die contagiöse, als auf die hereditäre Uebertragung: bezüglich der ersten Infection teilen sich die Schutzmaßregeln in private oder individuelle und in öffentliche. Die Schutzmaßregeln des Einzelnen gegen die Ansteckung bestehen in der Vermeidung jeden Contactes, besonders aber jeder Berührung des Epitheliums oder der Epidermis beraubter Stellen der Körperoberfläche mit dem Gifte (dünne Kautschukcondome), dann in der Entfernung oder Zerstörung des etwa abgesetzten Giftes (locale Waschungen mit concentrirter Seifenlösung, verdünntem Alkohol, verdünntem Essig, Kochsalzlösung, Lösung von chlorsaurem Kali, Salicylsäure etc.). Die Excision des Schankers betrachtet Verf. als nutzlos. Das weitere Bestreben der Schutzmaßregeln besteht in der Möglichkeit, durch öffentliche Einrichtungen der Verbreitung der Krankheit entgegenzuwirken. Man hat vor Allem die Individuen, welche am meisten zur Verbreitung der Krankheit beitragen, genügend zu überwachen (Reformation des Prostitutionswesens), die Kranken zu isoliren und die Gelegenheit zur Heilung zur erleichtern (Internirung in Hospitälern). Was die Prophylaxis gegen die hereditäre Syphilis betrifft, so kann in dem Falle, daß die Mutter während der Schwangerschaft an constitutioneller Syphilis leidet, durch vorsichtige antisyphilitische Behandlung die Infection der Frucht vielleicht abgewendet werden.

Zur Behandlung der Syphilis im engeren Sinne übergehend, empfiehlt Verf., das Geschwür, mag es einfacher Natur oder indurirt sein, mit einfach sterilisirtem Wasser auszuwaschen und mit einer nassen Compresse zu bedecken. Als besonders gut bezeichnet er die Welander'sche Wärmebehandlung des weichen Schankers, welche darin besteht, daß man denselben einer Temperatur von 41 ° C. aussetzt. Diese bewirkt: 1) eine Beschleunigung der Heilung (schon nach zwei Tagen Reinigung); 2) eine Verhütung des Bubo. Die Allgemeinbehandlung stützt sich auf drei Heilfactoren: die Diätetik (Hygiene im Allgemeinen), Wasserkur und die Massage. Die hygienisch-diätetische Behandlung ist für sich allein vermögend, die Syphilis gründlich zu heilen. Die Wasserkur ist nicht nur ein gutes therapeutisches Verfahren der Syphilis, sondern sie hat auch einen diagnostischen Wert,

indem sie ein wertvolles Erkennungszeichen der latenten Syphilis ist. Das Wasser kommt bei der Behandlung in Verwendung:

1) als Getränk und zum Gurgeln,
2) als Halsbad,
3) als Sitzbad,
4) als Umschlag.

Gewissermaßen als das Universalmittel für die Allgemeinbehandlung muß die Schwitzkur in allen Stadien der Syphilis betrachtet werden. Dazu kann man sich der Dampfbäder, feuchter, trockener Packungen, Schwitzbetten bedienen (im Anfange der Behandlung 4—5 Schwitzbäder wöchentlich). Die Diät soll zu Beginn des Leidens eine entziehende, möglichst arm an Eiweißstoffen sein, in den späteren Stadien muß sie verbessert werden. Die Massage kommt zur Verwendung:

1) zur Verreibung syphilitischer Indurationen,
2) zur Anregung und Hebung des Stoffwechsels.

Die Dauer der Krankheit beträgt bei dieser Behandlung über 6—8 Wochen. Der Verf. schließt damit, daß er sagt, daß die Syphilis innerhalb bestimmter Grenzen und Formen entsteht, sich entwickelt und heilt, ohne auch nur eines der Symptome zu zeigen, welche man bisher als pathognomische Charactere der constitutionellen Syphilis ansieht. Sie verläuft als örtliche Krankheit und gelangt durch rein hygienische Hilfsmittel zur vollständigen Heilung ohne Recidiv. Wird aber die Syphilis mit Quecksilber behandelt, so sieht man Erscheinungen, welche mit den Wirkungen des Quecksilbers am gesunden Menschen identisch sind. **Kramm.**

Schwimmer: **Zur Behandlung der Syphilis.** (Pester med.-chirurg. Presse 1895, 48. — Therap. d. Gegenwart 1896, 1.)

Schwimmer ist auf Grund seiner 25jährigen Praxis Anhänger einer sehr früh begonnenen Behandlung. Was die Art der Behandlung betrifft, kommen die Quecksilbereinreibungen in erster Linie in Betracht. Die gebräuchliche Dosis ist 3—4 g. Das Sublimat in subcutaner Anwendung scheidet sich sehr leicht aus dem Organismus aus und übt daher keine bleibende Wirkung aus. Lang (Wien) empfiehlt das Ol. cinereum in Form von intramusculären Injectionen. Dieses Mittel enthält 30—40 pCt. Quecksilber. Schw. wandte dieses Mittel nur 1 Mal an, wo es eine solche fulminante Wirkung ausübte, daß der Kranke fast zum Opfer dieser Behandlung fiel. Das Liebreich'sche Hydr. formamid. hat den Nachteil, daß es sich außerordentlich leicht aus dem Organismus ausscheidet. Das durch Schw. in die Praxis gelangte Hydr. sozojodolicum übt eine bleibende Wirkung aus. Die

Kranken erhalten wöchentlich 1 ccm 8proc. Hydr. sozojodolicum-Injectionen, insgesamt 4—6, die Schwerkranken 8 - 10. Schw. erzielte durch dieses Mittel vorzügliche Erfolge, die umsomehr in's Gewicht fallen, als das Mittel als ein außerordentlich billiges sich sehr für die Armenpraxis eignet. Er empfiehlt die Baccelli'schen intravenösen Sublimat-Injectionen nicht, da deren Anwendung große Vorsicht erheische und außerordentlich leicht zu Thrombusbildung führe. Das durch Unna empfohlene Empl. hydrarg. verursacht Ekzeme. Schließlich hält Schw. das Injectionsverfahren für gleichwertig mit den Schmierkuren. Das Jod bewährt sich bei Gummata und Aufsaugungen der Beinhautverdickungen. Nach energischer Behandlung mittelst des Quecksilbers sah er günstige Erfolge nach Gaben des Decoct. Zittmanni, deren Zweck gleichsam die Steigerung des Stoffwechsels ist. Seit längerer Zeit ist man bemüht, in Fällen, die sich refractär gegen die antiluetischen Behandlungen verhalten, die Serumtherapie zu imitiren. Nach der Ansicht Schwimmer's wäre es zweckmäßig, ein den Stoffwechsel belebendes Mittel in den Organismus einzuführen, um dadurch ein Gegengift zu finden, das entweder die Syphilis heilt oder wenigstens durch Verbesserung und Verstärkung des Stoffwechsels die Widerstandskraft des Organismus dem Virus gegenüber steigert. In letzterer Zeit wurden einige solche organische Mittel hergestellt: so das Brown-Séquard'sche Spermin, das nach Pöhl (St. Petersburg) entweder innerlich oder subcutan von guter Wirkung ist. Schw. wandte das Spermin bei einer syphilitischen Frau an, deren Krankheit bisher jedem Mittel widerstanden hatte. Die Kranke bekam in Intervallen von 3—4 Tagen im Zeitraum von 20 Tagen 6 Injectionen, und das Resultat war sehr in die Augen springend. An der Oberfläche der Geschwüre entstanden frische Granulationen, der eitrige Ausfluß reducirte sich auf ein geringes Maß; nach der 16. Injection heilten sämtliche Geschwüre, so zwar, daß die Kranke nach der 20. Injection gänzlich hergestellt war. Lw.

Touton: Ueber einige Fragen der Syphilisbehandlung. (Vortrag gehalten in der Decembersitzung (1895) des ärztl. Vereins in Wiesbaden. — Zeitschr. f. pract. Aerzte 1896, No. 1.)

Schützt die von Neisser vorgeschlagene chronisch-intermittirende, sich an Fournier anlehnende Quecksilberbehandlung, die man als prophylactische in dem Sinne bezeichnen kann, daß sie auch in der symptomfreien Zeit der Secundärperiode vorbeugend gemacht wird, eher vor Tertiarismus als die rein symptomatische? Caspary verneint diese Frage. Die Statistiken liefern keinen sicheren Beweis

dafür. Fournier scheint mit seiner Methode selbst unzufrieden, denn er fordert einen immer weiter gesteckten Zeitraum von Jahren für ihre Anwendung. Auffallend ist auch, daß Fournier keinen Fall von Reinfectio syphilitica bei nach seiner Methode Behandelten gesehen. Endlich können sogar chronisch Mercurkranke schwere Lues acquiriren. Nur bei dem Eintreten schwerer Producte verlangt Caspary eine vielmonatliche Behandlung nach Fournier. Demgegenüber betont Neisser, daß leichte Frühsymptome keinen Schluß auf den späteren Verlauf erlauben. Das Auftreten tertiärer Symptome ist abhängig von dem Mangel einer guten Quecksilberbehandlung. Gut ist nach Neisser eine Quecksilberbehandlung, wenn sie spätestens mit den ersten Früherscheinungen beginnt, wenn sie besonders in der ersten Kur sehr energisch gehandhabt wird, wenn sie etwa bis in's vierte Jahr hinein in abwechselnd energischen und milderen Kuren, welche durch genügende Pausen getrennt sein müssen, durchgeführt wird. Vernünftig geleitete, individualisirende Quecksilberkuren sind absolut unschädlich. Eine statistische Begründung dieser Anschauungen würde mit vielen von Neisser einzeln gewürdigten Schwierigkeiten zu kämpfen haben und existirt in größerem Maßstabe bis jetzt noch nicht. Die erste, kleinere, hierfür verwertbare Statistik hat Jadassohn geliefert: unter den 1253 Breslauer Prostituirten finden sich 850 Luesfälle; von diesen 9,18 pCt. tertiär geworden. Von 811 solchen, deren secundäre Lues erkannt und behandelt war, sind 4,8 pCt. tertiär geworden. Von solchen, die nur eine Kur gemacht haben, sind 14,3 pCt., von solchen, die mehr als eine Kur (2—5) machten, nur 4,6 pCt. tertiär geworden. Zur Umgehung der diagnostischen Schwierigkeiten, da die strenge Scheidung der secundären und tertiären Symptome immer eine precäre Sache ist — selbst der Mangel der Infectiosität und Vererbungsfähigkeit ist kein durchgreifendes Unterscheidungsmerkmal, wie ein Fall von Touton beweist —, macht dieser den Vorschlag, den pathologisch-anatomischen Unterschied außer Acht zu lassen, und für die Statistik alle Erscheinungen als „tertiär“ zu bezeichnen, welche z. B. nach dem vierten Jahre noch auftreten. Neisser weist ferner auf die Bedeutung der localen Behandlung der Früheruptionen, besonders der zugänglichen vergrößerten Lymphdrüsen, betreffs tertiärer Recidive hin, welche sich mit Vorliebe an primär und secundär erkrankten Stellen etabliren.

Touton ist Anhänger der Fournier-Neisser'schen Behandlungsmethode, die er nach seinen Erfahrungen gegen die Angriffe der Gegner verteidigt, wie sie in der Discussion auf dem letzten Grazer Congreß erhoben sind. Er hat auffallend viele Todesfälle, bei denen nur eine und oft recht problematische Kur vor langer Zeit gemacht ist. Auch

in der postsyphilitischen Zeit, z. B. bei Tabeskranken, wird vielfach die Kur selbst garnicht so glänzend vertragen, aber sie haben nie gute, schmerzfreie Winter gehabt wie nach der Quecksilberkur. Daß chronisch Mercurkranke nicht vor einer Infection geschützt sind, erklärt sich daraus, daß es sich um heruntergekommene Individuen handelt, ähnlich wie die häufige Wirkungslosigkeit, ja sogar schädliche Wirkung des Quecksilbers bei sogenannter maligner Syphilis zu erklären ist. Daß Fournier seine Forderung bezüglich der Zeitdauer der Behandlung stets steigert, rührt nach Touton wohl von seiner internen Quecksilberbehandlung her. T. bevorzugt entschieden die Schmierkur ohne Zubinden der eingeriebenen Partien; er vermeidet jede Depôttherapie, d. h. Kuren, bei denen das Mittel im Körper meist durch Injection unlöslicher Quecksilbersalze auf Vorrat aufgestapelt wird. In der Praxis ist übrigens die anscheinend tiefe Kluft zwischen Symptomatikern und Prophylactikern nicht so groß. — Von der Excision der Sclerose hat T. nichts Sicheres gesehen, macht sie aber in jedem passenden Fall wegen der rascheren Heilung der Nahtwunden und weil man eine ganze Menge Virus entfernt; die von Schwimmer empfohlene „präventive" Kur, sobald die Diagnose Syphilis feststeht, im zweiten Incubationsstadium macht er im Allgemeinen nur in Fällen sehr bösartiger, wegen des Sitzes inoperabler Primäraffecte. — Zum Schluß wird ein zweifelloser Fall von Reinfectio syphilitica mitgeteilt als weiterer Beweis der Heilung der Syphilis durch Mercur, dessen curative Wirkung auch durch russische Aerzte auf's Neue bestätigt ist, die seit Behandlung der Frühsymptome in Endemiegegenden von Syphilis die tertiären schweren Fälle immer seltener sehen, die aber auffallender Weise Tabes und Paralyse in ihren Bezirken nie angetroffen haben. W.

De Bono: **Endovenöse Sublimatinjectionen in der Augenheilkunde.** (Pester med.-chir. Presse 1896, No. 6.)

An der Augenklinik Angelucci's in Palermo wurden in zahlreichen Fällen von syphilitischen Augenerkrankungen endovenöse Injectionen von Sublimat gemacht, welche sich durch gänzliche Gefahrlosigkeit und in einigen Fällen durch geradezu erstaunlichen Erfolg sich auszeichnen. Dosen von 0,01—0,014 g wurden sehr gut vertragen. Im Ganzen wurden ca. 100 Injectionen gemacht, meist in eine Vene der Ellenbogenbeuge, vor Allem in Fällen von Gehirnsyphilis mit Augensymptomen und gummösen Iridocycliditiden. K.

Neumann (Wien): **Die Hämatotherapie der Syphilis.** (Therap. Woch. 1896, No. 3.)

Von der Thatsache der natürlichen Immunität der Tiere gegen Syphilis ausgehend, haben Tommasoli[1]), Kollmann[2]), Fournier[3]), Feulard[3]) und Richet[4]) mehrfach tierisches Blutserum als Heilmittel gegen Syphilis versucht. Kollmann hat bei Versuchen mit Kaninchen-, Hunde- und Lammblutserum durchaus negative Resultate gehabt. — Vom prinzipiellen Standpunkte aus betrachtet, ist die Syphilisbehandlung mit Tierserum von zweifelhaftem Werte, zumal die moderne Serumtheraphie von dem Gesichtspunkte ausgeht, daß nur das Blutserum von künstlich im Sinne einer bestimmten Infection immunisirten Tieren einen Heilwert besitzt, während die natürliche Immunität gegen eine bestimmte Erkrankung für die Zwecke der Serumtherapie nicht verwendbar ist.

In der Absicht nun, bei der Syphilis gleiche Bedingungen herzustellen, wie bei der anderweitig angewendeten Serumtherapie, haben Héricourt und Richet Hunden und Eseln das Blut von Recent-Syphilitischen injicirt und wollen mit dem Serum dieser Hunde bei einem ulcerösen Syphilid in kurzer Zeit völlige Heilung erzielt haben. Gilbert[5]) und L. Fournier[5]) haben, von der Ansicht ausgehend, daß der Syphiliserreger im Primäraffect, in den localen Eruptionen, im Blute in großer Menge vorhanden sei, diese Medien von noch unbehandelten Syphilitikern auf Tiere übertragen. — Im Ganzen waren die Resultate bisher meist zweifelhaft, zum Teil direct negativ, so daß noch kein ausschließendes Urteil gefällt werden kann.

Die Frage, ob die Syphilis eine ausschließliche Erkrankung des menschlichen Geschlechts ist, oder ob sie auch bei Tieren vorkommt, kann noch nicht endgiltig beantwortet werden. Die in der Litteratur angeführten Fälle von Syphilis bei Tieren sind stark anzuzweifeln, und auch angeblich positiv ausgefallen Impfversuche mit nachfolgenden Allgemeinerscheinungen sind nicht beweisend, da es sich um Verwechselung mit Tuberculose handelt; vom Verf. angestellte Versuche von

---

[1]) Note preventive sull' emoterapia della sitilide. Gaz. med. 1891, Gaz. degli osped. 1892. Sull' emoterapia della sifilide. Giorn. it. della mal. veneree e della pelle. Bd. XXVIII.

Zur Behandlung der Syphilis durch Blutserum. Int. klin R. 1893.

[2]) Blutseruminjectionen gegen Syphilis. D. med. Woch. 1892.

[3]) Traitement de la Syphilis. Paris 1892. Pag. 492 u ff.

[4]) Sur la valeur thérapeutique des injections de serum du chien. Bull. de la soc. Franç. de derm. et syphil.

[5]) Essais de sérothérepie dans la Syphilis. Sem. méd., 24. Apr. 1895.

Uebertragung waren ebenfalls durchaus negativ. Trotzdem darf diese Frage noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden, da zur Zeit der Anstellung derartiger Versuche weder die Bakteriologie, noch auch die Hämatologie weit genug ausgebildet waren. Ferner muß man erwägen, daß man bei Uebertragung von irgend einer Infectionskrankheit von Mensch auf Tier überhaupt ein dreifaches Resultat erhalten kann: 1) ein völlig negatives Ergebnis, 2) gewisse allgemeine Intoxicationserscheinungen ohne specifischen Krankheitscharakter, 3) Uebertragung der Infectionskrankheit als solcher von Mensch auf Tier.

Bisher ist die Uebertragung der Syphilis als solcher bei Tieren noch nicht gelungen. Würde diese oder auch nur der toxische Einfluß der Syphilis auf Tiere nachweisbar sein, so wäre für die Serumtherapie der Syphilis, zunächst für ihre theoretische Begründung, unendlich viel gewonnen. — Da nun bisher die künstliche Uebertragung der Syphilis auf Tiere nicht erreicht werden konnte, haben Andere das Blut syphiliskranker Menschen zu Heilzwecken verwandt, und zwar wäre im Sinne der modernen Infectionstheorien das an Antitoxinen reichste Serum zu Heilzwecken besonders geeignet. Demgemäß haben Pellizari[6]), Wieworowski[7]) und Karlinski[8]) das Blut tertiärsyphilitischer Individuen verwandt; und zwar hatten die beiden Ersten gute Resultate, während Karlinski gar keinen Erfolg erzielte.

Auch aus der Pathologie der Hereditärsyphilis wären vielleicht einige Anhaltspunkte für die Syphilis-Serumtheraphie zu gewinnen, besonders rücksichtlich der von Colles constatirten Thatsache, daß die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes selbst immun ist, demnach das Blutserum einer solchen Mutter zur Behandlung des Kindes verwandt werden kann; ebenso kann man an die Verwendung des Blutes syphilisfreier, von syphilitischen Eltern abstammender Kinder denken. Versuche letzterer Art hat S. Bonaduce[9]) gemacht, und zwar, wie er angiebt, mit durchaus günstigem Resultate.

Neumann hat selbst auch 5 Fälle mit Serum behandelt, und zwar einen Fall mit Tierblut, die übrigen mit Serum von Tertiär-Syphilitischen.

In Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse der Hämatotherapie der Syphilis muß man die Ansicht aussprechen, daß ein endgiltiges

---

6) Tentazione di attenuazione della sifilide. Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle. 1892. Internat. med Congr., 1894.

7) Behandlung der condylomatösen Syphilis mit Blutserum von gummösen Syphilitikern (Russisch). Wratsch, 5. Sept. 1895. — Therap. Woch. 1895, No. 37.

8) Brieflich.

9) Betrachtungen über einige Versuche mit einer neuen Behandlung der Syphilis.

Urteil noch verfrüht ist. Während die Einen (**Gilbert** und **Fournier**, **Wieworowski**, **Pellizari** etc.) auffallend günstige Resutate erzielten, findet man andererseits durchaus negative Ergebnisse. Die vom Verf. angestellten Versuche lassen seiner Meinung nach ebenfalls keinerlei definitive Schlußfolgerung bezüglich des Wertes der Hämatotherapie der Syphilis zu. Lohnstein.

A. A. Wieworowski: **Behandlung der condylomatösen Syphilis mit Blutserum von gummösen Syphilitikern.** (Wratsch, 5. Sept. 1895. — Oest.-Ung. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1896 No. 5.)

Verf. kam, von der Ansicht ausgehend, daß im Körper von Syphiliskranken allmählich Schutzmittel entstehen, die das Virus in seiner Weiterentwicklung hindern, auf den Gedanken, im Blute tertiär syphilitischer Personen nach Substanzen zu suchen, die, in den Körper eines frisch Inficirten eingeführt, daselbst die Entwicklung der Infectionserreger hemmen könnten. Zu Gunsten dieser Anschauung sprach die Nichtinfectiosität der späteren syphilitischen Manifestationen und die Immunität der Syphilitiker gegen neuerliche Infection. Da der Organismus des gummös Syphilitischen offenbar in Folge der Zunahme der antitoxischen Substanzen eine geringe Menge syphilitischen Giftes enthält, so wählte **Wieworowski** Fälle von tertiärer Lues als Blutspender. Es wurden hierzu robuste, von jeder andern Allgemeinerkrankung freie Personen im Alter von 25—40 Jahren benutzt.

Im Ganzen wurden zu diesem Behufe 16 Blutentziehungen (aus der V. mediana basilica) gemacht und das Blut von zwei entbindenden tertiär syphilitischen Frauen verwendet. Die entnommene Menge überschritt nie 25 ccm. Die Blutentziehung war absolut unschädlich, ja in manchen Fällen schien sie sogar einen günstigen Einfluß auf das Verschwinden der Localerscheinungen auszuüben. Das Blut wurde in desinficirten Glascylindern gesammelt, in welche vorher behufs Beförderung der Gerinnung eine 20proc. Chlornatriumlösung (1 ccm : 200 ccm Blut) eingebracht worden war. Das erhaltene, durch **Chamberland**'sche Filter filtrirte Serum wurde in Glasphiolen von je 10 ccm Inhalt aufbewahrt. Es wurden fünf Fälle von Syphilis (mit primären — Schanker — und secundären Erscheinungen — Roseola, populöse Syphilide, Iritis, Aphthen) mit insgesamt 988¾ ccm Serum behandelt. Von irgend einer andern allgemeinen oder localen Behandlung wurde ganz abgesehen. Injicirt wurden jeden zweiten Tag unter die Haut in der Scapulargegend 4—20, in den meisten Fällen 10 ccm Serum.

Die Injectionen verursachten keinerlei Schmerzen und weder eine locale, noch eine allgemeine Reaction. Unter dem Einflusse der In-

jectionen besserte sich der allgemeine Zustand der Kranken (die übrigens in denselben Sälen mit den anderen Kranken und unter denselben Verhältnissen wie diese lebten) zusehends. Nicht nur das subjective Befinden war ein besseres, sondern auch das Körpergewicht nahm bei 33 Kranken — die gewogen wurden — um 6½, 2¾ resp. 4 Pfund in 14 Tagen zu. Die Serumbehandlung hatte ferner einen entschieden günstigen Einfluß auf das Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen. Die primären Ulcera heilten unter indifferenten Verbänden sehr rasch, die Indurationen wurden resorbirt, die Roseolen verschwanden sehr rasch (in drei Fällen nach 3—5 Injectionen). Nässende und hypertrophische Papeln verschwanden nach 3—4 Injectionen, in einem Falle nur schwer und erst nach 15 Injectionen. Die Iritis verschwand ziemlich langsam. Die Drüsen verkleinerten sich in allen Fällen nach einer Reihe von Injectionen. Die Fortsetzung der Injectionen nach Verschwinden der syphilitischen Symptome schützt nicht vor Recidiven. Diese schwinden nicht so rasch unter dem Einflusse der Serumtherapie wie die ersten Erscheinungen.

Lohnstein.

C. Boeck: **Chromsäure-Lapisätzung in der syphilidologischen Praxis.** (Monatsh. f. pract. Dermat. Bd. XXI, No. 2.)

Verf. wendet diese neue Aetzung in folgender Weise an: Zunächst wird die erkrankte Stelle mit 10proctg. wässeriger Chromsäurelösung bepinselt und gleich nachher mit Höllenstein in Substanz geätzt, wobei die Rotfärbung durch chromsaures Silber entsteht. Der Erfolg war bei hartnäckigen syphilitischen Wundaffectionen ein durchaus günstiger; diese Behandlung empfiehlt sich auch für kleine, spitze Condylome und Ulcera mollia mit oder ohne phagedänischen Character, zumal der Schmerz sehr gering ist.

K.

Petrone: **Natrium nitrosum gegen Syphilis.** (Rif. med. 1895, 31. Aug. — Wien. med. Woch. 1896, No. 3.)

Durch Tierversuche stellte Verf. die Wirksamkeit des salpetersauren Natrons gegen Infectionskrankheiten, gegen Lyssa fest. Bei Menschen hatte er Gelegenheit, es mit sehr gutem Erfolge in 2 Fällen von Lues zu verwerten. Er injicirt täglich 2 Mal bis zu 3 g Natr. nitrosum in 2—3proc. Lösungen.

L.

Dr. A. Philippson: **Eine verbesserte Quecksilbersalbe.** (Therapeutische Monatshefte 1896, No. 2.)

Ein gutes Salbenpräparat, das zur Schmierkur verwendet werden soll, muß folgende Eigenschaften besitzen:

1) muß das Präparat wirksam sein, 2) soll es sich nicht zersetzen,

3) leicht in die Haut eindringen, und 4) die Wäsche nicht verunreinigen. Als ein solches Präparat empfiehlt Ph. eine Salbe, deren Constituens Vasogen ist; dieses besteht aus mit Sauerstoff imprägnirten Kohlenwasserstoffen, denen hier zur Verfertigung von Quecksilber-Vasogen noch ein schweres, ebenfalls oxygenirtes Constituens, Cerecin, zugesetzt ist. Bei dieser Salbe ist eine Zersetzung ausgeschlossen.

Diese Salbe kann man in ungefähr der Hälfte der Zeit (etwa 10 bis 15 Minuten) in die Haut einreiben, wie die gewöhnliche graue Salbe. Das Quecksilber dringt aus der Salbe beim Einreiben sehr leicht, selbst bei schlecht bereiteten Salben, bei denen man noch Quecksilber mit bloßem Auge wahrnehmen kann, in die Haut ein, so daß bei Anwendung dieser Salbe kaum die Wäsche beschmutzt wird.

Der Preis der Salbe ist etwas höher als der der officinellen grauen Salbe, doch wird die Differenz leicht dadurch ausgeglichen, daß man sich statt einer 33$^1/_3$proc. Salbe eine 50proc. herstellen läßt und dann mit entsprechend kleineren Mengen einreibt.

Den Vertrieb der Salbe hat die Rathausapotheke in Hamburg überwiesen erhalten. Bock.

Dr. Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.): **Zur Technik der endermatischen Syphilisbehandlung.** (Therapeutische Monatshefte 1896, No. 2.)

Für eine Reihe von Fällen von Syphilis ist die Innunctionskur, wenn auch im Laufe der Zeit sich andere Methoden der Quecksilbereinverleibung ein großes Feld errungen haben, doch noch immer angezeigt; so wird in der Hospitalpraxis namentlich gern die Einreibungskur angewendet. H. giebt im vorliegenden Aufsatze eine Modification an, durch die gewisse Mißstände, die der Kur anhaften, abgestellt werden sollen: er empfiehlt, die Quecksilbersalbe nicht in die Haut einzureiben, sondern mit der flachen Hand auf den betreffenden Körperteil mit gleichmäßigen Schlägen einzuklatschen, so lange, bis die Salbe für das Auge nicht mehr sichtbar ist. In dieser Weise sollen mit je 6 g Salbe am ersten Tage die Beugeflächen beider Arme, am zweiten der Rücken, am dritten die Innenflächen der Oberschenkel, am vierten die der Unterschenkel behandelt werden; am fünften Tage wird dann das Bad genommen. Schmerz wird durch das Einklatschen nicht verursacht, resp. soll nicht in so brüsker Weise vorgegangen werden. Bei sachgemäßer Ausführung ist in 10 Minuten die Salbe vollkommen in die Haut eingedrungen, bei ungenügender Ausführung der Technik kann man einige Zeit nachher noch Salbe von der Haut mit dem Finger abstreichen.

Die therapeutische Wirksamkeit dieser Art der Quecksilbereinführung ist an einer größeren Zahl von Fällen erwiesen, die Wirksamkeit ist jedenfalls nicht geringer als bei anderen Methoden. Bei der beschriebenen Methode wird das Quecksilber sehr rasch in den Organismus aufgenommen; es konnte schon 12—16 Stunden nach vollzogener erstmaliger Procedur im Urin nachgewiesen werden.

Die Haut verträgt die Klatschungen weit besser als die Einreibungen, so daß bei der ersteren Methode cutane Reizerscheinungen, wie Folliculitis und Erytheme, gar nicht oder höchst selten auftreten, während bei der Innunctionskur solche Erscheinungen sehr häufig sind. Ueberhaupt scheint die Folliculitis durch das mechanische Moment des Reibens bedingt zu sein.

Andere Nebenerscheinungen, wie Stomatitis, Nieren- und Darmreizungen kommen bei der von H. angegebenen Methode in demselben Maße vor, wie bei der Schmierkur.

Durch exact ausgeführte Klatschungen kann es, was bei der Schmierkur nicht gelingt, vermieden werden, daß die Wäsche der Patienten beschmutzt wird. Die Klatschungen lassen sich in kürzerer Zeit ausführen als die Einreibungen, auch ist die Technik so einfach, daß der Patient deren Handhabung selbst besorgen kann; in diesem Falle werden zu den Klatschungen nur die Extremitäten benutzt.

Bock.

Georg J. Müller: **Zwei neue Quecksilbersalben.** (Deutsche Med. Ztg. 1896, No. 6.)

Keines der für die technisch so schlechte und unmoderne graue Quecksilbersalbe vorgeschlagenen Surrogate hat sich bisher dauernd Geltung verschaffen können. Die Zersetzlichkeit der grauen Salbe, auf die M. mit Neisser die Entstehung der sog. Mercurialekzeme im Wesentlichen zurückführt, sowie andere Nachteile des Präparates sollen durch die neuen Salben vermieden werden, nachdem weder die mit Lanolin, noch mit Resorbin hergestellte Salbe, noch endlich Unna's Quecksilberseife alle an ein gutes Präparat zu stellenden Anforderungen erfüllt haben. Die eine Salbe wird hergestellt durch Verreiben von Quecksilber mit Myronin. spiss. (4 pCt. Wassergehalt). Es sind dazu kleine Kästchen aus Celluloid à 3 und 4 g Inhalt angefertigt, mit welchen unter Zuhilfenahme eines beigegebenen kleinen Spatels aus Celluloid die Salbe abgemessen werden kann. Bei dieser Art der Abgabe stellt sich die Myroninsalbe noch billiger als die alte Salbe in Kugelform.

Die zweite Quecksilbersalbe wird nach folgender Formel bereitet:

Hydrarg. viv.	33,3,
Adip. lan.	44,7,
Vasel. americ.	12,0,
Sapon. kalin. oleac. neutr. .	10,0.

Diese Salbe kann ad chart. cerat. abgegeben werden. Sie ist fast unbegrenzt haltbar. — Beide Salben sind so gut wie geruchlos. Die Myroninsalbe riecht so schwach nach Walöl, daß es nicht störend wirkt. Die Adeps lanae-Salbe hat einen leichten, angenehmen Geruch nach der Olivenölseife. Letztere kann nach Bedürfnis auch parfümirt und durch Zusatz von Zinnober oder Carmin gefärbt werden. Der Preis der Adeps lanae-Salbe ist ein höherer. (Beide Salben werden von Apotheker Grube, Berlin, Alexandrinenstr. 32 hergestellt.)
B.

Bubonen und Ulcus molle.

Rullier: **Behandlung der Bubonen mittelst Injectionen von Jodoformvaselin.** (Arch. de méd. et de pharm. mil. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1895. — Memorab. 1896, 8.)

Rullier empfiehlt die Fontan'sche Behandlungsmethode der Bubonen auf das Entschiedenste. Zunächst erfolgt Punction der Bubonen mit einem feinen Messer; hierauf soll der Eiter ausgedrückt und die Wundhöhle mit 1‰ Sublimatlösung ausgewaschen werden. Nun wird 10proc. Jodoformvaseline, durch Wasser von 50° verflüssigt und bis zur vollkommenen Ausfüllung des Hohlraumes eingespritzt. Am nächsten Tage kann der Kranke das Bett verlassen, nach wenigen Tagen ist die ganze injicirte Vaselinmenge resorbirt. Die mittlere Heilungsdauer beträgt 6—7 Tage, die längste 15 Tage. Nur bei weitgehender Zerstörung der Haut sollen die Resultate der Methode ungünstige sein.
W.

V. Penis und Praeputium.

Russell S. Fowler: **Ein neuer Verband nach der Circumcision.** (Brooklyn Med. Journ. — La Rev. Méd., No. 86.)

F. beschreibt einen neuen Verband nach der Circumcision, der den Kindern gestattet zu „spielen“ und sich frei zu bewegen. Mehrere dreieckige Binden mit einer Oeffnung für die Eichel in der Mitte werden hinten zusammengesteckt. Zwischen die dieselben wird Zinkoxyd gestreut. K.

Bogdanik: **Ein Fall von Carbolvergiftung bei der rituellen Beschneidung.** (Wiener med. Presse 1895, No. 93. — Centralbl. f. inn. Med. 1896, No. 2.)

Ein sonst gesundes Kind erhielt nach der Beschneidung Verbände mit in fünfprocentiges Carbolwasser getauchter Watte. Bereits beim ersten Verbandwechsel am Morgen nach der Operation zeigte sich schwarze Flüssigkeit in den Windeln. Zweimal 24 Stunden nach der Beschneidung starb das Kind unter Zeichen hochgradiger Cyanose, Krämpfen, Unruhe, nachdem es in der Zwischenzeit dunkelgrünen Urin entleert hatte. Bei der Section fanden sich die für Carbolvergiftung characteristischen Erscheinungen.

Verfasser knüpft an diese Beobachtung die Aufforderung, die Anwendung des Carbols in der Chirurgie zu beschränken, dasselbe auch nicht im Handverkauf abzugeben (was ja in Deutschland in conzentrirten Lösungen auch nicht mehr geschehen darf) und besonders nicht dem Publikum reines Carbol zur Selbstbereitung verdünnter Lösungen zu verordnen. K.

Dr. Bransford Lewis: **Die genaueste Circumcision.** (St. Lous Gaill. Med. Journ., März 1895. — D. Med. Zeit. 1896, No. 4.)

Die Operation wird mit Hilfe zweier Instrumente ausgeführt, einer Klemme und eines Präputiumtraktors, und besteht aus folgenden Stadien:

1) Nachdem der Penis gereinigt und mit einem schmalen Gummiband umschnürt ist, wird das Präputium stark nach vorn gezogen, wobei der Zug durch den „Traktor“ hauptsächlich auf das innere Blatt ausgeübt wird; 2) nachdem die Glans zurückgedrängt ist, wird die gebogene, gefensterte Klemme angelegt; 3) darauf wird eine zehn-

procentige Cocainlösung zwischen die beiden Präputialblätter injicirt und zwar nach vorn zu von der Klemme; die Gefahr der Cocainvergiftung wird durch die Abklemmung aufgehoben (? Ref.); 4) nachdem genügende Anästhesie hergestellt worden ist, werden sechs doppelte Catgutnähte durch die Fenster der Klemme und die vier Blätter des Präputiums gelegt; 5) mit einer kräftigen Scheere wird die Vorhaut mit einem Schlage abgetragen; 6. nachdem „Traktor“ und Klemme abgenommen sind, werden die doppelten Catgutfäden durchtrennt und noch zwei Nähte durch die dorsale und frenale Seite gelegt, wo früher der „Traktor“ gelegen hat; 7) die Gefäße werden unterbunden und die Nähte geknüpft. Es restirt eine Circumcision, die sowohl symmetrisch ist und gut aussieht, als auch schnell heilt und gute Resultate ergiebt. Kramm.

Wishard: **Drei Fälle von Penisamputation in Folge von Epitheliom.** (Journ. of cutan. and genito-urinar. diseases, December 1895.)

Im ersten Falle mußte die Amputation dicht am Scrotum ausgeführt werden; die Urethralöffnung wurde unmittelbar hinter dem Scrotum angelegt. W. bedauert, daß er hier nicht dieselbe Methode angewandt hat wie in dem zweiten Falle. In diesem war die Affection über das ganze Organ bis auf das Scrotum hin verbreitet. Die Urethra wurde transversal in einem kurzen Abstand vom Scrotum durchschnitten, nachdem eine freie Perinealöffnung derselben angelegt war. Das Corpus cavernosum urethrae wurde dann von den Corpora cavernosa penis getrennt, die Schleimhaut der Urethra mit dem Hautrand durch Nähte verbunden und darauf die Corpora cavernosa penis mit den Hoden gänzlich entfernt. Eine kleine Scrotaltasche wurde noch für eine etwa später notwendig werdende plastische Operation zurückgelassen. Beim dritten Falle wurde die Amputation dicht am Scrotum vorgenommen. Die Entfernung der Hoden wurde nicht gestattet. Alle drei Fälle stimmen darin überein, daß die Affection bis zum Scrotum ausgedehnt war und daß bei allen dreien die Inguinaldrüsen nicht mitergriffen waren, die nach Jacobson in der größten Mehrheit solcher Fälle nicht frei sind. Im ersten Falle trat etwa 1½ Jahre nach der Operation ein Recidiv ein, dem der Kranke erlag. Der zweite Fall wurde vor 4½ Jahren operirt. Das Allgemeinbefinden ist auch heute noch ein durchaus gutes und auch Blasenbeschwerden sind nicht vorhanden. Pat. vermag den Urin während der ganzen Nacht und am Tage 3 bis 4 Stunden lang zurückzuhalten. Die einzige Unannehmlichkeit, über die er klagt, ist, daß er nur im Sitzen uriniren kann. Bei dem vor

6 Monaten operirten dritten Fall ist ebenfalls bisher noch kein Recidiv aufgetreten. Im zweiten und dritten Falle wurde die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt, nicht aber im ersten. Doch waren hier die klinischen Erscheinungen so characteristisch, daß an dem Vorhandensein eines Epithelioms nicht geweifelt werden konnte.

Löwenthal.

VI. Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

H. Blanc: **Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme et en particulier chez la petite fille.** (Ann. des mal. des org. gén.-ur., Bd. XIII, 6. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Die Veranlassung zu der vorliegenden Arbeit gaben zwei Fälle von Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei einem 6- und einem 7jährigen Mädchen. Im ersteren Falle trat der Vorfall im Anschluss an eine in Heilung begriffene Vaginitis und Urethritis auf; die vorgefallene Schleimhaut bildete eine zwischen den Labien hervortretende rote, blutende Geschwulst. Verkleinerung derselben durch Höllensteincauterisationen, Entfernung des Restes mittelst Excision.

Im zweiten Fall hatte sich die Geschwulst im Anschluss an wiederholte Bronchitiden entwickelt; Heilung durch Aetzung und Excision.

Der Schleimhautvorfall der Harnröhre ist bei Frauen im mittleren Alter selten, am häufigsten (66 pCt.) bei Kindern von 1—15 Jahren; auch jenseits der 50er Jahre wird die Affection öfters beobachtet.

K.

Kümmell: **Ueber Urethralprolaps der Frauen.** (Geburtshilfl. Ges. in Hamburg, Sitz. v. 27. Febr. 1894. — Centralbl. f. Gynäk. 1896, No. 4.)

Verf. berichtet, daß in der Litteratur der letzten 160 Jahre 115 bis 120 Fälle von Urethralprolaps bei Frauen bekannt seien. Ueber 3 eigene Beobachtungen teilt er Folgendes mit:

1. Fall. 45jährige Virgo litt, was vielleicht in Bezug auf Aetiologie wichtig ist, seit langer Zeit an starker Obstipation. Die Schleimhaut der Urethra hängt als walnußgroßer, zum Teil gangränöser Tumor heraus, kann nicht reponirt werden. Entfernung durch Thermocauter, Dauerkatheter, baldige Genesung.

2. Fall. Blasencatarrh, starkes Drängen. Partieller, wahrscheinlich allmählich entstandener Vorfall führte plötzlich zur Einschnürung und consecutivem Gangrän. Dieselbe Therapie, Heilung.

4. Fall ähnlich. Die Abschnürung des Vorfalles blieb ohne Erfolg. Durch Behandlung mit Thermocauter Heilung.

Aetiologisch spielt wohl eine bei vielem Pressen schließlich zum Prolaps führende Erschlaffung der Beckenorgane eine Rolle. Nur die Mucusa fällt vor.

K. unterscheidet zwei Arten des Prolapses: a. totalen, und b. partiellen, von letzterem einen Vorfall des vorderen Teiles und Vorfall nur der am Blasenhals sitzenden Schleimhaut.

Für die Diagnose ist von Wichtigkeit, daß man oft das Orific. extern. urethr. nur schwer finden und auch den Katheter nur schwer einführen könne.

K. hält das Abbinden für nicht ganz gefahrlos. Bei der neuerdings geübten Abtragung des Prolapses mit dem Messer müsse man das obere Ende der Urethralschleimhaut fixiren, da es sonst zurückschnelle. Adstringentien hätten nicht viel Erfolg, hingegen sehr gute Resultate erziele der Thermocauter; die Furcht vor etwa danach eintretenden Stricturen sei unbegründet.

In der Discussion berichtet Seeligmann über zwei Fälle von Operationen an der Harnröhre, von denen der eine, ein Pruritus vulvae in Folge eines großen Urethralfibroms, durch Exstirpation des Tumors und Naht der Harnröhre geheilt wurde. Den anderen Fall, eine Verzerrung der Harnröhre und deren Schleimhaut mit vollständiger Incontinentia urinae in Folge einer langen Narbe, heilte S. durch Massage und Harnröhrendrückungen nach Thure Brandt neben Faradisirung.

Schrader berichtet üben einen einige Zeit vor der Entbindung nach chronischer Obstipation plötzlich aufgetretenen Urethralprolaps, wo auch eitriger Blasencatarrh in Folge eitriger Pyelitis voraufgegangen war und zur Zeit des Vorfalles einer Fissura ani bestanden hatte. Nach leicht und sofort gelungener Reposition trat kein Recidiv des Vorfalles mehr ein. K.

VII. Prostata und Samenblasen.

Prostata.

P. de Grandcourt: **De l'abus évitable de la cystotomie chez les prostatiques.** (La France méd. 1896, No. 2.)

Einige Chirurgen gehen so weit, bei Prostata-Hypertrophie, welche mit Urinreention einhergeht und wo Katheterismus einige Schwierigkeiten bietet, die Sectio alta zu machen.

Als Indicationen gelten ihnen:

1) Urinverhaltung bei Prostatikern, wo der Katheterismus nicht gelingt,

2) falsche Wege und Infection,

3) die Fälle, bei denen man wiederholt punctiren oder einen Verweilkatheter einlegen muß,

4) die Fälle, wo der Katheterismus schmerzhaft ist und zu häufig wiederholt werden muß.

Verf. sucht an mehreren Fällen aus seiner Beobachtung nachzuweisen, daß selbst bei schweren Zuständen der Prostatiker ein weniger eingreifendes Verfahren, sorgfältige Behandlung und Pflege über die gefahrdrohenden Zustände hinwegbringe. Die Sectio alta soll aufgespart werden für die Fälle von acuter Infection (wenngleich sie hier immer erfolglos ist) und eventuell für chronische Infectionen. Jedenfalls darf man sie erst anwenden, nachdem alle anderen Mittel als erfolglos sich erwiesen haben. K—z.

P. Bruns: **Ueber den gegenwärtigen Stand der Radicalbehandlung der Prostata-Hypertrophie, insbesondere mittelst Castration.** (Mitteilg. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1895, Bd. I, H. 1.)

Die frühesten Versuche einer radicalen Behandlung der Prostata-Hypertrophie bestanden in parenchymatösen Injectionen von Jod (Heine) und Ergotin (Socin), sowie in der Electropunctur (Biedert, Casper, Roux). Die operativen Eingriffe sind zumeist gegen den die Urinentleerung hindernden hypertrophischen Mittellappen der Prostata gerichtet, besondere Methoden wurden angegeben von Mercier, Bottini und Dittel: Letzterer führte die laterale Prostatectomie an Stelle der früher geübten perinealen und suprapubischen Prostatectomie ein. Alle diese Operationen waren zu schwere Eingriffe und konnten an sich für den Kranken verhängnisvoll werden. So ist denn die Behandlung der Prostata-Hypertrophie im Wesentlichen eine symptomatische und palliative geblieben, und noch vor wenigen Jahren gelangte Guyon zu dem Schlusse: „Le traitement radical de l'hypertrophie de la prostate n'existe pas et ne saurait exister.“

Diese Voraussage gilt nicht mehr, ein Fortschritt wurde dadurch angebahnt, daß man sich bestrebte, statt nur einzelne Stücke aus der hypertrophischen Prostata zu entfernen, vielmehr eine Schrumpfung des ganzen Organes herbeizuführen. Diese Bestrebungen haben neuerdings zu folgenden Operationen geführt:

1) Unterbindung der Arteriae iliacae internae;
2) doppelseitige Castration;
3) einseitige Castration;
4) Resection der Ductus deferentes.

I. Unterbindung der Arteriae iliacae internae. Von der Analogie zwischen Prostata und Uterus, sowie von der Thatsache ausgehend, daß Uterusmyome nach teilweiser Aufhebung des arteriellen Blutzuflusses (Arteriae uterinae) zuweilen schwinden oder sich verkleinern, hat Bier[1]) zuerst die Unterbindung der die Prostata versorgenden Arterien (A. iliac. int.) ausgeführt. Von ihm selbst wurden drei Fälle, von W. Meyer[2]) (New-York) zwei Fälle nach dieser Methode operirt. Nach den Resultaten scheint allerdings an der Wirksamkeit des Verfahrens kein Zweifel, indes ist die Bier'sche Operation ein zu schwerer Eingriff, als daß sie die Verbreitung der folgenden Operationen hätte finden können.

II. Doppelseitige Castration. Die Annahme einer Analogie zwischen Prostata und Uterus legte weiterhin den Gedanken nahe, daß ähnliche Beziehungen zwischen der Prostata und den Hoden bestehen dürften, wie solche zwischen Uterus und Ovarien bekannt sind (Schwinden der Uterusmyome nach Entfernung der Ovarien). Von diesem Gedanken geleitet, kamen unabhängig von einander Ramm[3]) (Christiania) und White[4]) (Philadelphia) dazu, die doppelseitige Castration zur Heilung der Prostata-Hypertrophie anzuwenden. Was das Verhältnis zwischen Hoden und Prostata anlangt, so liegen zunächst Beobachtungen vor, in denen angeborene Mißbildungen und Verlagerungen der Testikel eine ausgesprochene Entwickelungshemmung der Prostata zur Folge hatten (Godard[5]), Griffiths[6]), Socin[7]), Lannois[8]), Fenwick[9]). Des Weiteren stimmen hiermit Beobachtungen überein, in denen bei Erwachsenen, welche vor dem geschlechtsreifen Alter castrirt worden waren, die Prostata nur infantile Größe besaß (Go-

---

1) Wien. klin. Wochenschr. 1893, No. 32.
2) Annals of Surgery, July 1894. Vol. XX, p. 44.
3) Centralbl. f. Chirurgie 1893, No. 35.
4) Annals of Surgery, Aug. 1893. Vol. XVIII, p. 152.
5) Lannois. De l'atrophie de la prostate. Annal. des mal des organ. gén.-ur., Oct. 1894.
6) Journal of Anatomy and Physiology. Vol. XXIII.
7) Handbuch d. Chir. v. Pitha-Billroth, III. Bd., 2. Abt.: Die Krankh. d. Prostata, S. 100.
8) a. a. O. S. 736.
9) Brit. med. Journ., March 9, 1895, pag. 529.

dard[10], Gruber[11], Bilharz[12], Lannois[13], Pelikan[14], Gerrat[15], Civiale[16]. Auch die Beobachtungen an Tieren beweisen mit derselben Bestimmtheit, daß nach der Castration bei jungen Tieren die Prostata (ebenso wie die Samenbläschen) ihre infantile Größe beibehält, bei geschlechtsreifen Tieren sich bedeutend verkleinert (John Hunter[17], Lannois[18], Griffiths[19]). Endlich ergaben Versuche bei erwachsenen Tieren, daß doppelseitige Castration in 1—2 Monaten Verkleinerung der Prostata hervorruft (Ramm[20]), Griffiths[21]), Lannois[22]), White und Kirby[23]), Pavone[24]), Legueu[25])). Die Ergebnisse dieser Tierversuche dürften auch für die normale Prostata bei erwachsenen Menschen Geltung haben, was allerdings bisher nur durch eine einzige Beobachtung von Fenwick bestätigt wird. Die Thatsache, daß die Hoden einen souveränen Einfluß auf die Entwickelung der Prostata besitzen, beweist zugleich zur Genüge, daß die letzteren, wie noch vielfach geschieht, nicht den Harnorganen, sondern den Geschlechtsorganen als accessorische Drüse zuzurechnen sind. Auf dieses Fundament nun hat White seinen Plan gebaut, die hypertrophische Prostata durch die Castration zur Rückbildung zu bringen.

Bruns teilt zunächst vier eigene Beobachtungen über diese Operation mit und geht dann auf die Ergebnisse einer statistischen Sammlung der bisher operirten Fälle ein. Bisherige Statistiken sind aufgestellt von Kümmell[26]), der mehr als 40, und von White[27]), der 111 Fälle gesammelt hat. Diese Zahl vermehrt Bruns auf 148 Fälle,

---

10) Godard, Egypte et Palestine. 1867. pag. 130.)

11) Müller's Archiv, 1847. S. 469.

12) Bilharz, Beschr. d Genitalorg. einiger schwarzer Eunuchen, Berlin 1859,

13) A. a. O. S. 751.

14) Pelikan, Skopzentum in Rußland. 1875, S. 99.

15) Centralbl f. Chir., 1895, No. 16.

16) Civiale, Traité pratique des malad. des org. gén.-ur., T. II, pag. 338.

17) Oeuvres compl. de J. Hunter. Trad. par Richelet. T. W., p. 94.

18) A. a. O. S. 746.

19) Lancet, March 30, 1895.

20) Centralbl. f. Chir., 1893, No. 35.

21) Brit. med. Journ., March 16, 1895.

22) A. a. O. S. 748.

23) A. a. O. S. 182.

24) Il. Policlinico, 1895, No. 11, pag 255.

25) La Semaine méd., 1895, No. 52.

26) H. Kümmell, Die operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie. Berl. Klinik, Heft 86, Aug. 1895.

27) Annals of Surgery, July 1895.

von denen 74 aus Amerika, 33 aus England, 21 aus Deutschland, 12 aus Schweden und Norwegen, je 4 aus Frankreich und Rußland stammen[28]).

Die Operation selbst zunächst muß als ein sehr einfacher und gefahrloser Eingriff bezeichnet werden. Das Alter der Operirten variirte zwischen 50—83 Jahren: 15 standen im Alter von 50—60 Jahren, 40 zwischen 60—70, 50 zwischen 70—80 und 7 im Alter von 81 bis 83 Jahren. Von den insgesamt 148 Fällen sind 23 gestorben, allerdings zum Teil erst nach 3—6—8 Wochen nach der Operation, nachdem die Urinbeschwerden sich bereits gebessert hatten: der Tod erfolgte 9 Mal unter urämischen Erscheinungen an Pyelonephritis, 2 Mal an Pneumonie, 2 Mal an Erschöpfung, je 1 Mal an Herzdegeneration, an beginnender Gangrän des Fußes durch Embolie, an Gehirnapoplexie und Influenza, endlich 3 Mal an acuter Manie; die letzten 3 Fälle, von einem einzigen Beobachter (Faulds[29]) herrührend, dürften allerdings anzuzweifeln sein.

Was die Erfolge der Operation betrifft, so muß die Wirkung auf die Prostata selbst und die auf die Blasenfunction unterschieden werden. Bezüglich der ersteren läßt sich constatiren, daß unter 93 Fällen, in denen bestimmte Angaben über das Verhalten der Prostata vorliegen, eine Verkleinerung 77 Mal (83 pCt.) eingetreten und 16 Mal (17 pCt.) ausgeblieben ist; die Verkleinerung beginnt in der Regel schon in den ersten Tagen nach der Operation und ist mehrmals schon am zweiten Tage constatirt worden. Der zeitlich verschiedene Eintritt der Prostata-Verkleinerung hängt offenbar von der verschiedenen anatomischen Form der Hypertrophie ab, und es ist von vornherein wahrscheinlich, daß vorzugsweise der drüsige Anteil des Organes der Rückbildung anheimfällt; einschlägige histologische Befunde liegen bisher nur von zwei Fällen vor, von denen der eine (White) am zweiten Tage, der andere (Griffiths[30]) am 18. Tage nach der Operation gestorben war. —

---

[28]) Der White'schen Statistik sind hinzugefügt die Fälle von Lütkens (D. med. Woch. 1895. No. 5). Böckmann (Centralbl. f. Chir. 1895. No. 40), Aly (Münch. med. Woch. 1895, No. 22), Schede (ebds), Ström (D. Med. Zeit. 1895, No. 83), Malthe (ebds), Nicolaysen (ebds.), Kümmell (Berl. Klin., Heft 86), Swain (Brit. med. Journ., Jan. 5, 1895), Kendall (ebds. Sept. 28, 1895), Levings (Philad. med News, Aug. 17. 1895), Albarran (Rev. de chir. 1895, No. 11), Legueu (ibid.). Hierzu kommen noch 3 Fälle von Socin, je 1 von Czerny u. A. Wörner, sowie die 4 oben von Bruns beschriebenen Fälle.

[29]) Brit. med. Journ., May 4, 1895.

[30]) Brit. med. Journ., March 16, 1895.

Gegenüber der fast constanten Rückbildung der vergrößerten Prostata ist der Erfolg der Operation bezüglich der Wiederherstellung der Blasenfunction entschieden weniger sicher. Man kann nach dem jeweils vor der Operation bestehenden Zustande die operirten Fälle in drei Gruppen sondern, um einen besseren Ueberblick über den Erfolg der Operation zu bekommen. In der ersten, nicht sehr zahlreichen Gruppe finden sich die Prostatiker, welche hauptsächlich an sehr häufigem Harndrang ohne Retention litten, also gewöhnlich nicht den Katheter zu Hilfe nahmen. Der Erfolg der Operation war meist der, daß der Urindrang sich wenig besserte und das Uriniren in größeren Pausen erfolgte. Völlige Wiederherstellung der Blasenfunction ist in keinem Falle dieser Gruppe sicher constatirt worden, da immer noch Residualharn, wenn auch in geringerer Menge, zurückblieb, wobei allerdings zu beachten ist, daß die Erkrankung durchschnittlich 5—10 Jahre vor der Operation bestanden hatte und die Beobachtungszeit meist nur 1—2 Monate betrug. Unter den 18 hierhergehörigen genauer beschriebenen Fällen sind im Ganzen 5 ohne wesentlichen Erfolg operirt. — Die zweite Gruppe umfaßt 20 Fälle mit mehr oder weniger acuter Harnverhaltung, welche längstens seit einigen Wochen die Anwendung des Katheters erfordert hatte. Hier war der Erfolg fast immer ein sehr prompter: meist schon am zweiten Tage stellte sich die spontane Urinentleerung wieder ein und längstens vom 7.—10. Tage nach der Operation wurde der Katheter nicht mehr gebraucht. In dieser Gruppe von Fällen wurde mehrfach völlige Heilung notirt. Die Dauer der Erkrankung vor der Operation war hier allerdings eine viel kürzere und betrug höchstens einige Jahre, die Beobachtungsdauer erstreckte sich in den meisten Fällen nur auf 1—2 Monate. Die zahlreichste, dritte Gruppe umfaßt etwa 50 Fälle von chronischer Harnretention, bei denen der Katheter Monate und Jahre lang ausschließlich oder sehr häufig im Gebrauch war. Hier erscheint von vornherein die Aussicht auf Wiederherstellung der spontanen Miction weit ungünstiger; war doch Thomsen zu der Ansicht gelangt, daß nach zweijährigem Katheterleben die willkürliche Harnentleerung sich unmöglich wiederherstellen könne. Jetzt ist durch die Erfolge der Castration dieser Satz widerlegt. Selbst bei 2—13jährigem Katheterleben wurde noch Heilung erzielt. Unter 28 Fällen, in denen der Katheter einige Monate bis 2 Jahre im Gebrauch war, sind 22 wieder ganz von demselben befreit worden. Unter 20 Fällen, in denen das Katheterleben schon 2—20 Jahre dauerte, sind 8 Fälle wieder in den Genuß der willkürlichen Urinentleerung gelangt. Besonders schlagend ist der Erfolg in einem Falle von Horwitz: 67jähriger Mann

mit enormer Prostata-Vergrößerung, seit 5 Jahren ausschließlich Urinentleerung mittelst Katheter, und zwar wegen beständigen Harndranges, alle 1—1½ Stunden; 20 Stunden nach der Castration zum ersten Male wieder willkürliche Harnentleerung, nach 2 Monaten völlige Wiederherstellung. — Zu der Besserung der Blasenfunction kommt als weiterer sehr wichtiger Erfolg die Besserung oder Beseitigung der vorhandenen Cystitis. In etwa der Hälfte der Beobachtungen ist ausdrücklich berichtet, daß eine mehr oder weniger schwere, zuweilen sogar jauchige Cystitis bestand, welche nach der Operation sich besserte, zuweilen ganz verschwand.

III. Halbseitige Castration. Angeborene Mißbildungen oder Verlagerungen eines Hodens haben zuweilen, aber nicht immer eine Entwicklungshemmung der betreffenden Prostatahälfte zur Folge (Godard[31]), Lannois[32]), Fenwick[33]). Die einseitige Hodenatrophie in Folge vorausgegangener Entzündung oder aus unbekannten Ursachen ist in der Mehrzahl der Fälle ohne Einfluß auf den betreffenden Prostatalappen geblieben. Beobachtet wurde ein solcher in einem Falle von Lannois[34]), vermißt dagegen von Baldwin[35]), Bryson[36]) und Fenwick[37]). Ebenso unsicher ist auch die einseitige Castration bei normaler Prostata Erwachsener (Fenwick[38]), Rand[39]), Graves[40]), Gould[41]). Ueber den Erfolg nun der Semicastration bei hypertrophischer Prostata liegen 11 in der Statistik von White mitgeteilte Fälle vor, von denen nur 3 zum Zwecke der Heilung der Prostatahypertrophie der Operation unterworfen wurden, die übrigen wegen Tuberculose und Vereiterung des Hodens selbst. Unter den 10 Fällen, von welchen der Erfolg bekannt ist, ist 9 Mal eine Verkleinerung der Prostata, zum Teil mit Besserung oder Beseitigung der Beschwerden eingetreten. Die Beobachtungszeit war eine recht kurze. In einem Falle ist nach 10jähriger Beobachtung der Erfolg ganz ausgeblieben. Die Wirkung der Semicastration auf die normale und hypertrophische Prostata ist also als eine unsichere zu bezeichnen.

---

31) Lannois, l. c. pag. 737.
32) L. c., pag. 733 und 734
33) Brit. med. Journ., March 9, 1895.
34) L. c., pag. 742.
35) Brit. med. Journ., March 30, 1895.
36) White, l. c.
37) Brit. med. Journ., March 9, 1895.
38) Ibid.
39) White, l. c.
40) Ibid.
41) Ibid.

IV. Resection der Ductus deferentes. Die Durchtrennung des Samenstranges im Ganzen ist von Mears[42]) vorgeschlagen worden. Dieser Vorschlag kann practisch nicht wohl in Betracht kommen, da die Ligatur des ganzen Samenstranges die Blutzufuhr zum Hoden vollständig aufhebt. Es ist bekannt, daß nach Torsion und Zerreißung des Samenstranges hämorrhagische Infarcte des Hodens oder Atrophie durch körnigen und fettigen Zerfall oder eigentliche Gangrän eintritt. Unter den 12 Versuchen, welche White bei Hunden mit Unterbindung der Gefäße oder des ganzen Samenstranges angestellt hat, ist 10 Mal Hodengangrän eingetreten, die Wirkung auf die Prostata war allerdings dieselbe, wie bei der doppelseitigen Castration. Anders verhält es sich mit der Durchtrennung des Ductus deferentes allein. Ihre Wirkung auf die Testikel ist offenbar nur eine geringe und nicht einmal constante, wie die Mitteilungen von Curling[43]), Griffiths[44]), Leguen[45]) über die Obliteration, über die Unterbindung und Resection der Ductus deferentes zeigen.

Dagegen hat neuerdings Alessandri[46]) bei denselben Versuchen Atrophie des Hodens und Nebenhodens gesehen. In ähnlicher Weise gehen auch bezüglich des Einflusses der Durchtrennung des Ductus deferens auf die Prostata die Ergebnisse der Versuche auseinander, welche von White und Leguen hierüber angestellt worden sind. Przewalski[47]) ist bei seinen Versuchen an Hunden zu dem Schlusse gelangt, daß die Wirkung auf die Prostata von der Durchschneidung der Cooper'schen Nerven abhängt. Die doppelseitige Resection der Plexus deferentiales mit oder ohne Resection der Ductus deferentes bewirkte Atrophie der Prostata, und zwar ohne gleichzeitige Atrophie des Hodens.

Entscheidend sind die klinischen Erfahrungen. Eine zufällige Beobachtung ist von Burnett mitgeteilt, nach welcher die in der Kindheit erfolgte Obliteration der Ductus ejaculatorii Entwickelungshemmung der Prostata und der Samenbläschen, nicht aber des Hodens zur Folge hatte. Schon vor Jahren hat R. Harrison[48]) die subcutane Durchschneidung beider Ductus deferentes dicht vor dem äußeren Leistenring bei einem Prostatiker gemacht. Mit dieser ersten Durch-

---

[42]) Annals of Surgery. Vol. XXI, 1895, pag 181.
[43]) Curling, Diseases of the testes. London 1866, pag. 7.
[44]) Lancet, April 13, 1895.
[45]) La Semaine méd., 1895. No. 52.
[46]) Il Policlinico 1895, No. 9.
[47]) Wratsch, 1895, No. 41 u. 43 (Centralbl. f Chir. 1896, No. 1).
[48]) Brit. med. Journ., Sept. 23, 1893.

schneidung zusammen hat Bruns 11 Fälle im Ganzen gesammelt. Die Operation bestand 2 Mal in Durchschneidung der Ductus deferentes (Harrison[49]), Guyson[50]), 1 Mal in der Ligatur (Chalot[51]), 2 Mal in der Ligatur und Durchschneidung (Isnardi[52])[53]), 6 Mal in der Resection (Guyon[54]), Leguen[55]), Mugnai[56]), Kümmel[57]), Schede[57]), A. Worner[58]) eines 1—3 cm langen Stückes. Der Erfolg war in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger, sogar mehrmals ein vollständiger. Bezüglich der Prostata konnte 4 Mal eine bedeutende Verkleinerung festgestellt werden; in 3 Fällen dagegen ist noch nach 2 Monaten keine Veränderung eingetreten und doch eine Besserung der Blasenfunction erzielt worden; in 2 weiteren Fällen, in denen das Verhalten der Prostata nicht erwähnt ist, trat Heilung der Urinbeschwerden ein, endlich bleiben 2 Fälle übrig, wo gar kein Erfolg beobachtet wurde. Für diese letzten erfolglosen Fälle macht Isnardi[59]), der außer den beiden oben mitgeteilten Operationen noch weitere 12 ausgeführt hat, den Umstand verantwortlich, daß nach der Ligatur und Resection des Ductus deferentes die Obliteration des peripheren Stumpfes nicht immer erfolge, die für die nachträgliche Hodenatrophie unerläßlich sei. Er empfiehlt daher, den peripheren Stumpf in der Hautwunde zu fixiren und vom dritten Tage nach der Operation an zu cauterisiren.

Als Schlußfolgerungen aus dem vorliegenden Beobachtungsmaterial ergiebt sich Folgendes:

Während die physiologische Bedeutung der Prostata bisher nicht genügend bekannt war, so daß sie bald zu den Harn-, bald zu den Geschlechtsorganen gerechnet wurde, wissen wir jetzt bestimmt, daß die Prostata eine accessorische Geschlechtsdrüse ist. Die mitgeteilten Beobachtungen und Experimente weisen auf den beschriebenen Zusammenhang zwischen Prostata und Hoden hin. Die Casuistik der auf diese Thatsachen gegründeten Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Castration lehrt, daß in der großen Mehrzahl der Fälle (83 pCt.)

---

49) Ibid.
50) Revue de chir., 1895, pag. 931.
51) Indépendence méd., 1895, No. 1.
52) Centralbl. f. Chir. 1895, No. 28.
53) Ibid., No. 36.
54) Revue de chir., 1895, pag. 931.
55) Ibid., pag. 932.
56) La Semaine méd., 1895, No. 55.
57) Briefliche Mitteilung.
58) Dasselbe.
59) La Semaine méd., 25. Déc. 1895. No. 64.

bei 148 Fällen eine entschiedene Verkleinerung der hypertrophischen Prostata nach der Operation eingetreten ist. Die rasche Verkleinerung der hypertrophischen Prostata in den ersten Tagen nach der Operation mag zunächst von einer Verminderung des Blutgehaltes abzuleiten sein: damit würde auch der günstige Erfolg bei den weichen succulenten Formen übereinstimmen. Guyon nämlich ebenso wie Leguen und Albarran sahen die Hauptwirkung der Castration in der Beseitigung des Congestivzustandes, und Albarran nimmt an, daß der der Untersuchung zugängliche Umfang der hypertrophischen Prostata durch die Congestion allein um 1/3 vergrößert sein kann. Doch dürfte auch wie bei der normalen ebenfalls bei der hypertrophischen Prostata eine wirkliche Atrophie eintreten, wie die histologische Untersuchung in der That bisher in einem Falle (Griffith) ergab. Dieser Erfolg der Castration erklärt sich aus dem engen functionellen Zusammenhang der Prostata mit den Hoden; eine Gefäßverbindung beider Organe besteht nicht. Es ist also lediglich eine durch Nerveneinfluß bedingte Wirkung, welche teils durch die Gefäßnerven, teils durch die specifischen (in der Prostata allerdings noch nicht genau untersuchten) Drüsennerven vermittelt wird.

Weniger sicher als auf die Schrumpfung der Prostata ist auf die Wiederherstellung der Blasenfunction zu rechnen. Allerdings ist die Beobachtungszeit in den meisten Fällen für ein abschließendes Urteil eine noch zu kurze. Immerhin tritt, wie oben gezeigt, in der großen Mehrzahl der Fälle entschiedene Besserung ein, zuweilen vollständige Heilung. So giebt denn die Castration bei der Prostata-Hypertrophie im Allgemeinen gute Aussicht, wenn auch nicht auf Heilung, so doch auf Besserung des Zustandes.

Diesen zahlreichen Vorteilen steht als einziger Nachteil der Verlust der Hoden gegenüber. Der Anschauung, daß diese bei dem Alter der Patienten ohne Bedeutung sei, kann sich Bruns nicht anschließen. 44 pCt. der Operirten standen im Alter von 50—70 Jahren, aber auch im höchsten Alter dauert die Spermatozoenbildung in den Hodencanälchen fort, wie es scheint, bis an's Lebensende sogar. Bei seinen 4 Patienten zwischen 62—76 Jahren fand Bruns in den entfernten Hoden reichliche Spermatozoenbildung, Kümmel sogar bei einem 83jährigen Kranken. Bei dem tiefgreifenden Einflusse der doppelseitigen Castration in der Jugend dürfte sie nicht ganz ohne Bedeutung für den Organismus sein. Bruns beobachtete bei 2 seiner Patienten, daß sie sich wochen- und monatelang nach der Operation matt und kraftlos fühlten und den Eindruck raschen Alterns machten, 2 der Operirten litten nach einigen Wochen an vorübergehender Polyurie,

welche offenbar als nervöse Störung aufzufassen war. Aus diesen Gründen dürfte neben der Castration die Resection des Ductus deferentes weiter noch zu versuchen sein.

Die bisherigen Erfolge sind zum Teil recht ermutigend, aber an Zahl noch so spärlich, daß sich noch kein abschließendes Urteil fällen läßt. Vielleicht gelingt es auch, durch die Ausschneidung der den Ductus deferentes begleitenden Nervenplexus die Atrophie der Prostata zu bewirken. Lohnstein.

Faisst: **Zur Behandlung der Prostata-Hypertrophie durch die Castration.** (Beitr. z. klin. Chir., Bd. XIV., Heft 3. — Centralblatt f. Chir. 1896, No. 1.)

Ein Fall aus der Privatpraxis des Hrn. Prof. Bruns, in dem es gelang, einen Prostatiker, der seit einem halben Jahre auf den Katheter angewiesen war, in wenigen Tagen von dem Gebrauche des Instrumentes dauernd zu befreien (Beobachtungszeit vier Monate), giebt F. Gelegenheit, die neue Behandlungsmethode unter Berücksichtigung der bisher erschienenen Litteratur kurz zu besprechen. Von irgend welchen Störungen der psychischen Functionen, auf welche Faulds aufmerksam gemacht, wurde an dem Pat. nichts gemerkt. Verf. bezweifelt, ob solche Zufälle wirklich als Folge der Castration aufzufassen sind, oder ob nicht etwa andere Momente, Delirium tremens, fieberhafte septische und urämische Processe, Jodoformintoxication etc. mitgewirkt haben. Gegenüber den anderen, teils gefahrvollen, teils unsicheren Operationen betrachtet F. die doppelseitige Castration derzeit als das beste und sicherste Mittel zur Radicalheilung der Prostatahypertrophie, gegen dessen segensreiche Wirkungen die Beraubung der Männlichkeit bei Leuten vorgeschrittenen Alters nicht zu sehr in die Wagschale fallen darf. Casper.

Schnitzler: **Castration bei Prostatahypertrophie.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 10. Januar 1896. — Therap. Woch. 1896, No. 2.)

Sch. demonstrirt einen Fall, bei welchem wegen hochgradiger prostatischer Beschwerden die Castration ausgeführt wurde. Zunächst zeigte sich kein Erfolg; nach 5 Wochen entleerte der Patient den Harn spontan, was seither immer geschieht, so daß der Katheter entbehrlich ist. Die Prostata zeigt deutliche Verkleinerung. C.

Thorkild Rovsing: **Zur Castration bei der Hypertrophie der Prostata.** (Centralbl. f. Chir. 1896, No. 2.)

Verf. hält es a priori für ganz unwahrscheinlich, daß die Blase in den zahlreichen Fällen, wo längere Zeit hindurch vollständige Retentio urinae stattgefunden hat, im Stande sein könne, ihr Contractions-

vermögen auch nach der Castration wieder zu erlangen. Man nimmt doch an, daß die Blase in den ersten Stadien der Prostata-Hypertrophie durch erhöhte Muskelarbeit, deren Resultat eine Hypertrophie der Blasenmusculatur werde, das vergrößerte Hindernis überwindet, bis dasselbe zu groß wird und die Grenze der Muskelhypertrophie erreicht ist, worauf dann diese von einer Muskelatrophie abgelöst wird, indem sich eine stets wachsende Retention des Harnes entwickelt, welche die Blase ausdehnt, so daß sie schlaff und groß wird und ihre Elasticität verliert. Wenn die Retention total geworden ist und das Vermögen der spontanen Harnentleerung trotz lange fortgesetzter Behandlung mit regelmäßigem Katheterisiren durchaus nicht zurückkehren will, so müßte man nach dieser Theorie annehmen, daß die Blase, selbst bei Verkleinerung der Prostata, ihre Contractilität unmöglich wieder erhalten könne. Verf. teilt indessen eine Beobachtung mit, welche dieses Raisonnement umstößt und gleichzeitig sehr überzeugend für den Nutzen der Castration selbst bei den weitest vorgeschrittenen Fällen von Prostata-Hypertrophie spricht. Der 85jährige Patient, der fast 11 Jahre hindurch nicht einen Tropfen Urin mit eigener Hilfe auszupressen vermochte, konnte schon zwei Monate nach der Castration den Harn schmerzlos und ohne Beschwerden in normaler Häufigkeit lassen, wobei die Blase so gut entleert wurde, daß der Residualharn in 24 Stunden nur 30 ccm ausmachte. Wenn es gelingt, durch die Castration in so fortgeschrittenen Fällen von Prostata-Hypertrophie so vorzügliche Resultate zu erreichen, würde die bisherige Auffassung vom Wesen des Prostatismus einen harten Stoß erleiden. Die Beobachtung, daß man oft Urinverhaltung bei Patienten mit ganz geringer Prostata-Hypertrophie sich entwickeln sieht, in Verbindung mit dem häufigen Funde von Arteriosclerose bei solchen Patienten hat Guyon zur Aufstellung der Lehre veranlaßt, daß die Veränderungen an der Blase und an der Prostata coordinirte Ergebnisse der generellen Arteriosclerose seien, infolge davon atrophire die Blasenmusculatur, die Blasenwand werde schlaff und verweigere bei dem geringsten Anlaß ihren Dienst. Man sieht, daß mit dieser Theorie die mitgeteilte Beobachtung sich durchaus nicht in Einklang bringen läßt. Dazu kommt noch, daß die Prostata des betreffenden Patienten, wenn sie auch bedeutend kleiner geworden ist, doch noch die Größe mancher Prostata bei Patienten mit totaler Retention übersteigt.

Fast ebenso schwer ist die mitgeteilte Beobachtung mit der rein mechanischen Erklärung der Harnretention in Einklang zu bringen. Bei Richtigkeit dieser Theorie müßte auch das Contractionsvermögen der Blase unwiederbringlich verloren sein. Wie die totale Retention

bei solchen Patienten zu erklären sei, bleibt also noch eine ungelöste Frage; daß sie nicht notwendig an ein tiefgehendes Leiden der Blase geknüpft ist, geht aus dem mitgeteilten Falle hervor. Casper.

Guyon: **Resection der Vasa deferentia bei Hypertrophie der Prostata.** (Franz. Chir.-Congr. — Wien. Med. Blätter 1896, No. 1.)

Es ist bekannt, daß die Testiculargefäße und die Prostata in einem Zusammenhange stehen, nicht in vasculärer Beziehung, da sie weder Anastomosen noch gemeinsamen Gefäßursprung haben und auch die Nerven von verschiedenen Strängen kommen; es ist also ganz einfach eine functionelle Association.

Es war daher ganz logisch, anzunehmen, daß die Resection der Vasa deferentia, die auf die Testicularfunction wirkt, auch die Prostata beeinflußt. Pavour hatte schon ähnliche Experimente gemacht und Launois hat in einem Artikel des Bulletin Médical einen Fall von Harrison erzählt, der auf diese Weise eine bemerkenswerte Besserung erzielte, auch einen erfolglosen von Hanse.

Dr. Legueu hat an Hunden eine Reihe von Experimenten gemacht; einige haben die doppelte Castration ertragen, andere eine doppelte Resection der Vasa deferentia, andere endlich rechtsseitige Castration und Resection des linken Vas deferens. Aus diesen Experimenten läßt sich folgern: Die doppelseitige Castration führt in kurzer Zeit eine fast vollkommene Atrophie der Drüse mit Schwund des Drüsengewebes herbei; einseitige Castration bewirkt Verkleinerung des Volumens an einem Drüsenlappen; die Doppelresection der Vasa deferentia verändert nur wenig das Volumen der Prostata, führt aber eine Verdichtung des interstitiellen Gewebes mit einer mehr oder weniger markirten Atrophie des Drüsengewebes herbei.

Jedoch hat die Resection keineswegs den Wert der Castration, kann aber auch Verwendung finden. Guyon hat sie in zwei Fällen versucht, und Dr. Legueu hat die Operation ein drittes Mal gemacht.

In den drei genauer mitgeteilten Fällen hat die Operation einige günstige — wenn auch unvollkommene — Resultate erzielt, und es ist fraglich, ob diese wirklich der Operation zu verdanken sind. Man weiß, daß ähnliches Nachlassen bei Prostatikern oft vorkommt, besonders wenn der Katheterismus regelmäßig und bequem vorgenommen wird. Man beobachtet sogar in solchen Fällen eine Volumenverringerung der congestionirten Prostata. Guyon glaubt daher, daß man durch Resection der Vasa deferentia nicht auf die Prostata wirken kann, daß aber diese Operation eine ziemlich gute Anwendung bei der Prophylaxe

gewisser Complicationen der Hypertrophie der Prostata finden kann: sie schützt vor Epididymitis beim Katheterisiren und ist daher bei prostatischen Patienten mit dieser Complication angezeigt. Casper.

Cully: **Zur Therapie der Prostata-Hypertrophie.** (Sem. méd. 1895, No. 28. — Wien. med. Wochenschr., 1896, No. 3.)

An Stelle der in letzter Zeit behufs Beseitigung der Prostata-Hypertrophie vorgeschlagenen Castration empfiehlt C. Cocain-Injectionen in's Parenchym der Hoden. In zwei Fällen erzielte er damit sehr gute Resultate. Die Injectionen wurden durch zwei Monate je 2 Mal wöchentlich vorgenommen. Die Prostata verkleinerte sich in ganz markanter Weise, die durch ihre Vergrößerung bedingten Symptome schwanden vollkommen. Die Potentia coeundi blieb erhalten, die Spermatozoen waren aber vollkommen zerstört. C.

B. G. Przewalski: **Zur Lehre von der operativen Behandlung der Vorsteherdrüse.** Aus d. Labor. f. chir. Pathol. v. Prof. Orlon in Charkow. (Wratsch 1895, No. 41 u. 43. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Verf. recapitulirt in Kürze die Anatomie der Prostata und der dieselbe mit den Hoden verbindenden Organe, ferner die Geschichte der operativen Behandlung der Prostata-Hypertrophie, sowie endlich die Litteratur der Castration in dieser Indication mit einer tabellarischen Uebersicht der bisher publicirten Fälle der letzteren Operation. Dann giebt er kurze Notizen über seine eigenen Versuche an Hunden und zieht aus denselben folgende Schlußfolgerungen:

Die unmittelbare Ursache der nach der Castration eintretenden Atrophie der Prostata liegt in der Verletzung der Cooper'schen Nerven (Plex. deferentialis). Die doppelseitige Ausschneidung derselben, mit oder ohne Resection der Vasa deferentia, führt zur Atrophie der Prostata, und zwar ohne zugleich Atrophie der Hoden zu bedingen.

Nach der Castration schwillt die Prostata zunächst in den ersten Stunden an. Die Verkleinerung beginnt gewöhnlich am dritten Tage nach der Operation, wird aber (beim Hunde) klinisch nachweisbar nicht vor der zweiten bis dritten Woche. Einseitige Castration ruft nicht Atrophie in der gleichnamigen Prostatahälfte hervor, und ebenso bedingt angeborene oder erworbene Atrophie der Hoden nicht immer auch Atrophie der Prostata.

Durch Aufhebung der Function der Nn. spermatici ext. wird bei Hunden der normale Abfluß des Hodensecretes gestört, durch Aufhebung der Function des Plex. spermat. int. kommt es zur Atrophie mit völligem Schwunde des Hodenparenchyms. Casper.

Helferich: **Ueber die Resection der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie.** (Deutsch. Med. Woch. 1896, No. 2.)

Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie bestand zunächst in der Verkleinerung des Organs, der Entfernung einzelner, geschwulstartig vergrößerter Teile desselben, z. B. des mittleren Lappens oder der Seitenlappen. Es wurden damit in hohem Grade beachtenswerte Erfolge erzielt. In den letzten Jahren ist auf Grund theoretischer Erwägungen, auf Grund von Experimenten und zufälligen Befunden[1]) zuerst von Ramm in Christiania und William White in Philadelphia bei Prostatikern planvoll die doppelseitige Castration ausgeführt. Ob die einseitige Castration denselben — in der großen Mehrzahl der Fälle zweifellosen — Erfolg zu erzielen vermag, ist zur Zeit noch nicht entschieden. Wenn auch die doppelseitige Castration eine weniger eingreifende Operation ist als irgend ein directer Eingriff an der Prostata selbst, so sind doch schon mit der Narcose und dem Krankenlager für die alten Patienten gewisse Gefahreu gegeben. Helferich berichtet nun von einer noch viel leichteren Operation: der doppelseitigen Resection von Stücken des Vas deferens. Die zwei mal gemachte Evulsion des Vas deferens gab er auf, nachdem er sich an einem an eitriger Pyeolonephritis zu Grunde gegangenen Fall überzeugt hatte, daß es darnach in der Gegend der Samenbläschen und an der Rückseite der Harnblase zu recht ausgedehnten subperitonealen Sugillationen gekommen war. In 8 weiteren Fällen machte H. die Excision eines Stückes des Vas deferens. In diesen 8 Fällen wurde die Operation ohne Narcose in der Weise ausgeführt, daß von einem kleinen, höchstens $1^1/_2$ cm langen Hautschnitt aus dem durch die andere Hand etwas entgegengedrückten Samenstrang das Vas deferens stumpf isolirt wurde; durch Zug am peripheren Abschnitt des isolirten Stückes wurde dasselbe am Nebenhoden abgerissen, sein oberes Ende abgeschnitten. Die Länge des resecirten Stückes betrug 8—12 cm.

Diese Operation kann bei einiger Geschicklichkeit beiderseits in wenigen Minuten vollendet werden. Sie stellt einen äußerst unbedeutenden Eingriff dar und bietet die günstigsten Chancen zur reactionslosen Heilung. An die Standhaftigkeit der Kranken wird keine allzugroße Anforderung gemacht; auch ängstliche Patienten haben sie ohne Narcose und ohne locale Anästhesie meist ohne Schmerzensäußerungen überstanden. Nachdem die aseptisch ge-

[1]) Kümmell, Die operative Heilung der Prostatahypertrophie. Berl. Klinik, Heft 86.



haltenen Wunden durch eine Naht geschlossen und mit einer Collodiumdecke versehen sind und ein Suspensorium angelegt ist, verhält sich der Patient genau wie vorher; irgend eine besondere Schonung ist unnötig.

Was die Erfolge der Operation betrifft, so ist in functioneller Hinsicht die Harnentleerung fast in allen Fällen mehr oder weniger gebessert worden. Eine nachweisbare Verkleinerung der vorher abnorm großen Prostata ist nur in der kleineren Anzahl der Fälle constatirt, und zwar bei der Exploratio per anum. Die Größe der Prostata bei der Untersuchung per anum ist übrigens nach Helferich nicht immer maßgebend zur Beurteilung ihres Volumens, namentlich soweit sie zu Störungen der Harnentleerung Veranlassung giebt. — An unangenehmen Folgen der Operation ist einmal ein vorübergehender lästiger Harndrang beobachtet worden. Selbstverständlich sind die Operirten absolut steril; H. glaubt jedoch annehmen zu dürfen, daß sie die Libido und Facultas coeundi nicht unbedingt verlieren. — In mehreren Fällen ist eine Besserung nach der Operation überhaupt nicht zu constatiren gewesen. Zweimal handelte es sich dabei gleichzeitig um Blasensteine, einmal um eine complicirende, abgesackte, eitrige Peritonitis; in einem Falle ist nur eine vorübergehende Besserung, dann unter Veschlimmerung der Erscheinungen eine tötliche Wendung durch eitrige Pyelonephritis eingetreten.

Für das Zustandekommen der günstigen Resultate hält H. die Mitwirkung von nervösen Einflüssen für zweifellos. — Eine Würdigung der Methode ergiebt sich unter besonderer Beachtung ihrer Harmlosigkeit nach dem Mitgeteilten von selbst; im Falle ihrer Unwirksamkeit könnte später immer noch die Castration angeschlossen werden.

Casper.

Dr. Bereskin: **Zur Kasuistik der Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Castration und Durchschneidung des Samenstranges.** (Medicinskoe Obosrenie, Januar 1896.)

Die erste Castration bei Prostatahypertrophie wurde im Jahre 1884 von Prof. Sinitzin in Rußland ausgeführt, der aber aus unbekannten Gründen seinen Fall erst 10 Jahre später und zwar nach der bekannten Publication des norwegischen Chirurgen Ramm (Centralbl. f. Chirurgie, No. 35, 1893) veröffentlichte. Es sind somit kaum 3 Jahre her, seitdem die Castration zur Behandlung der Prostatahypertrophie vorgeschlagen wurde, und doch hat die große Bedeutung dieser Methode auf Grund sowohl clinischer Beobachtungen, als auch experimenteller Untersuchungen vollauf bestätigt werden können. Die Verkleinerung der hypertrophirten Drüse nach der Castration gilt als fest-

gestellte Thatsache, und wenn die Kasuistik der Castration bei Prostatahypertrophie noch ziemlich spärlich ist, so wird dies nach Verf.'s Meinung hauptsächlich dadurch bedingt, daß die Patienten nur höchst ungern sich der Castration unterziehen. So sagte z. B. ein Patient, er würde sich lieber eine Kugel durch den Kopf jagen, als auf die Entfernung eines so wichtigen Organs eingehen. Verf. selbst hat die Castration in drei Fällen von Prostatahypertrophie ausgeführt.

Erster Fall. Der Patient, ein 61jähriger Kaufmann, bemerkte vor einem Jahre, daß er häufig Urin lassen muß; vor drei Monaten stellte sich bei ihm Harnretention ein und von dieser Zeit mußte er sich sechs Mal täglich den Katheter einführen lassen. Der Urin wurde bald trübe, blutig und übelriechend, der Patient wurde immer magerer und schwächer, die Temperatur begann zu steigen. — Bei der Untersuchung constatirte Verf. mäßige Hypertrophie der Prostata, hauptsächlich der rechten Drüsenhälfte; im Mastdarm konnte man mit dem Finger die hintere Grenze der Drüse erreichen; bei der Einführung der Sonde No. 15 nach Charriere wurde in der Blase kein Fremdkörper constatirt; in der Pars prostatica urethrae bog das Instrument nach links ab. Potentia coeundi war noch vor einigen Monaten erhalten. Der Harn reagirte stark alkalisch, war trübe und übelriechend. Der Patient war äußerst schwach, der Appetit fehlte, die Temperatur betrug 38°. Da der Patient auf die vorgeschlagene Castration nicht eingehen wollte, so verordnete Verf. innerlich Natr. benzoic., Belladonnasuppositorien in den Mastdarm, Ausspülung der Harnblase mit Borsäure und täglich viermalige Katheterisation. Zwar schwand bei dieser Behandlung der Geruch des Harns und die Temperatur sank, das Allgemeinbefinden besserte sich aber nicht, und der Patient willigte schließlich in die Castration ein, welche auch auf beiden Seiten ausgeführt wurde. Nach acht Tagen nach der Operation war der Patient bereits im Stande, spontan Urin zu entleeren, der Harn blieb aber alkalisch und übelriechend. 14 Tage nach der Operation constatirte Verf. auch Verkleinerung der hypertrophirten Prostata, trotzdem blieb der Allgemeinzustand dauernd schlecht und der Patient starb am 22. Tage nach der Operation. Verf. nimmt an (die Section unterblieb), daß es sich in diesem Falle außer der Blasenaffection auch um eine Affection der Nieren gehandelt hatte.

Zweiter Fall. Der Patient, ein 81jähriger Missionär, ist bereits 15 Jahre krank. Die Krankheit begann mit häufigem Harndrang, welche Erscheinung ungefähr 5 Jahre bestand. Dann stellte sich dauernde hartnäckige Harnretention ein, so daß der Patient während der letzten 10 Jahre ununterbrochen den Katheter gebrauchen mußte

und zwar des Tags alle drei, des Nachts alle zwei Stunden. Bei der Aufnahme klagt Patient über heftige Schmerzen in der Gegend der Harnblase und des Dammes, sein Urin reagirt alkalisch, ist trübe und enthält Blut und Eiter. Die Untersuchung per rectum ergiebt Vergrößerung der Prostata sowohl nach der Länge als auch nach der Breite, die Seitengrenzen konnten nicht palpirt werden. In die Urethra gelingt nur einen konischen elastischen Katheter nicht über No. 14 einzuführen. — Wiederum Verweigerung der Operation von Seiten des Patienten und erfolglose Anwendung der oben angegebenen Therapie. Hierauf Castration. Am neunten Tage Entfernung der Nähte. Heilung per primam. Nach drei Monaten konnte dann Verf. bedeutende Verkleinerung der Prostata feststellen und die Urethra mit einem Metallkatheter No. 18 passiren. Er entdeckte dabei einen Stein in der Blase und nahm zur Entfernung desselben kurze Zeit darauf die sectio alta ohne Anlegung einer Blasennaht vor. Fieberfreier Verlauf: die Blasenwunde vernarbte innerhalb zwei Monaten vollständig, die Schmerzen verschwanden. Endresultat beider Operationen: Der Patient hat zwar das Vermögen, spontan Urin zu lassen, nicht wieder erlangt, doch konnte er die Zahl der Katheterisationen, die er jetzt mit dem Metallkatheter No. 22 leicht ausführte, bis auf die Hälfte der ursprünglichen Zahl herabsetzen; der Harn wurde klar und reagirte sauer; die Prostata zeigte sich bei der Untersuchung por rectum bedeutend verflacht.

Dritter Fall. Der Patient, ein 79jähriger Arzt, leidet bereits 19 Jahre an seiner gegenwärtigen Krankheit, die mit so häufigem Harndrang begonnen hatte, daß er stets einen Harnrecipienten tragen mußte. Vor 5 Jahren stellte sich Harnretention ein. Der hinzugerufene Arzt führte gewaltsam einen Metallkatheter in die Urethra ein. Darauf 3tägige Blutung und Wiederkehr der spontanen Urinentleerung. Vor 14 Tagen kehrten die Harnretention und die Notwendigkeit der regelmäßigen Katheterisation wieder, was den Patienten bewog, sich in das Krankenhaus behufs radikaler Behandlung aufnehmen zu lassen. — Status praesens. Urin kann nur mit Hilfe des Katheters entleert werden; die Urethra ist bedeutend verengt und läßt kaum einen elastischen Katheter No. 15 passiren. Der Harn zeigt stark alkalische Reaction und scharfen Ammoniakgeruch, ist trübe, enthält Blut und Eiter und giebt beim Stehen einen großen Niederschlag. Die Prostata zeigt sich bei der Untersuchung per rectum schmerzlos, derb, ungleichmäßig vergrößert, stark in das Lumen des Mastdarms hineinragend. — Operation: Durchschneidung der Samenstränge nach vorheriger Unterbindung mittelst Ligaturen ihrer centralen

und peripheren Enden. Die Wunden wurden mit je vier Nähten genäht. Bei der Entfernung der letzteren am achten Tage bemerkte Verf. Schwellung und Eiterung auf der rechten Seite des Hodensacks, so daß er ein Drainagerohr einführen mußte. Am 15. Tage Entfernung eines Teils des nekrotischen rechten Hodens. Zur Zeit der Veröffentlichung (32 Tage nach der Operation) Prostata bedeutend kleiner, im Allgemeinbefinden jedoch noch keine Veränderung. Die Beobachtung des Patienten wird fortgesetzt.

In sämmtlichen drei Fällen ist also nach der Castration eine Verkleinerung der hypertrophirten Drüse eingetreten, und wenn der Pat. sub 2 trotz der fortschreitenden Rückbildung der Drüse dennoch den Katheter gebrauchen mußte, so erklärt es sich dadurch, daß die Blasenmusculatur in Folge der langjährigen Unthätigkeit ihre Contractilität eingebüßt hat.

Verf. machte die beiderseitige Castration, da bei seinen Patienten die beiden Drüsenhälften hypertrophirt waren. Er bedauert, im Falle sub 3 die Unterbindung und Durchschneidung des Samenstranges gemacht zu haben, und meint, diese Methode würde sich überhaupt in der Praxis nicht bewähren, da die Operationsdauer und der Eingriff bei derselben kaum geringer seien, als bei der Castration und es liege somit kein Grund vor, die Gefahr einer Hodengangrän heraufzubeschwören. Außerdem scheint nicht ausgeschlossen zu sein, dass die Verkleinerung der Prostata bei der Castration schneller eintritt, als bei der Unterbindung und Durchschneidung des Samenstranges.

Auf Grund seiner Beobachtungen giebt Verf. folgende Indicationen zur Ausführung der Castration bei Hypertrophie der Prostata an:

1) häufiger Harndrang, besonders bei trübem und alcalisch reagirendem Harn;

2) Notwendigkeit fortwährender Catheterisation;

3) die Castration ist auch da vorzunehmen, wo zwar auf Wiederherstellung der Function der Blase keine Aussicht vorhanden ist, durch die Operation aber eine Erleichterung der Catheterisation herbeigeführt werden soll;

4) ist nur die eine Hälfte der Drüse hypertrophirt, so kann man sich, falls gefahrdrohende Erscheinungen fehlen, mit der einseitigen Castration begnügen. Casper.

Moullin: **Die unilaterale Hodenexstirpation bei hypertrophirter Prostata.** (The Lancet, 1. Februar 1896.)

Verf. hatte neulich Gelegenheit, bei einem 60jährigen Manne, der im Besitz nur eines Hodens war, den mittleren Lappen der Prostata

zu entfernen. Der linke Samenstrang war vorhanden, es fehlte aber jede Spur eines Hodens oder Nebenhodens. Die Krankheitserscheinungen, deretwegen die genannte Operation vorgenommen wurde, waren charakteristisch für eine Vergrößerung des mittleren Prostatalappens. Die Menge des Residualharns betrug 300—350 g. Es wurde eine mediane Incision am Perineum angelegt und der etwa taubeneigroße, gestielte, mittlere Lappen der Prostata exstirpirt. Auch die seitlichen Lappen erwiesen sich etwas vergrößert. Dieser Fall beweist, daß die Abwesenheit eines Hodens eine Hypertrophie der Prostata nicht zu verhindern vermag. Demgemäß dürfte auch die unilaterale Hodenexstirpation auf die Rückbildung der Prostatahypertrophie ohne Einfluß sein. Der Grund, warum in manchen Fällen dennoch ein Erfolg eingetreten ist, beruht nach M. auf der bei den einzelnen Individuen verschiedenen Gestaltung der Prostata. Dieselbe bildet ein Doppelorgan, dessen beide Hälften in der Mitte mit einander verschmolzen sind. Diese Verschmelzung ist bei den einzelnen Personen eine sehr verschieden ausgedehnte, und je vollständiger sie ist, einen desto größeren Einfluß hat jeder Hoden auf die Drüse. Die Exstirpation eines Hodens wird also nur in solchen Fällen einen Erfolg haben, wo die Hypertrophie auf die Seitenlappen sich erstreckt, und sie wird von geringem Nutzen sein, wenn der mittlere Lappen hypertrophirt ist. Man soll daher vor der Castration stets erst eine sorgfältige Untersuchung der Prostata vornehmen, um eine zwecklose Operation zu vermeiden.

Lohnstein.

v. Kahlden: **Hochgradige Prostata-Hypertrophie mit Cystitis und Hydronephrose bei einem 72 Jahre alten Manne.** (Ver. Freiburger Aerzte, Sitz. v. 27. Decbr. 1895. — Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 6.)

K. zeigt eine Prostata von der Größe einer Kinderfaust. Im Gefolge der Cystitis bildete sich ein über wallnußgroßer Tripelphosphatstein in der Blase von unregelmäßiger Gestalt und höckeriger Oberfläche. L.

Isnardi: **Une modification du procédé de section des canaux déférents pour la cure de l'hypertrophie prostatique.** (Semaine médicale 1895, No. 64.)

Bezugnehmend auf zwei früher mitgeteilte Fälle von Prostatahypertrophie, die von dem Turiner Arzt Isnardi durch Durchschneidung des Vasa differentia erfolgreich behandelt sind, wird über die Erfahrungen an 12 weiteren derartigen Fällen berichtet. Das bloße Durchtrennen des Vas deferens, gefolgt von der Resection eines Stückes und der

Unterbindung der Stümpfe hatte nicht immer genügt, Hodenatrophie herbeizuführen. Isnardi modificirte daher sein Verfahren derart, daß er die untere Schnittfläche nicht versenkte, sondern in den unteren Wundwinkel einbezog. Indem sie hier einheilte, obliterirte sie sicherer. Dies wurde noch mehr begünstigt durch Cauterisation der den Stumpf tragenden Partie der Hautwunde vom dritten Tage nach der Operation ab. Es sollte so eine leichte Funiculitis erzeugt werden, zu welchem Zwecke I. auch einige Tropfen einer 1proctg. Argent. nitr.-Lösung in das untere Ende des Vas deferens injicirte. Von den Details der ausführlich beschriebenen Operation der Resection des Vas deferens ist hervorzuheben, daß Erhaltung der Arteria spermatica und des Plexus pampiniformis von Wichtigkeit ist. Dagegen soll die Resection möglichst zahlreicher sympathischer Nervenfasern der Umgebung Eintreten der Hodenatrophie beschleunigen. Kantorowicz.

Samenblasen.

P. Collings: **On chronic seminal vesiculitis with Hemorrhage.** (Saint Louis medical et surgical journal 1896, No. 1.)

Collings ist der Meinung, die gewöhnliche Ursache der chronischen Entzündung der Samenblase mit Blutungen sei die Ausdehnung der gonorrhoischen Entzündung von der Pars prostatica urethrae durch den Ductus ejaculatorius auf die Blase; am seltensten bleiben von einer früheren Gonorrhoe tiefere Störungen in der Urethra zurück. In diesen Fällen finde man eine mehr oder weniger gezerrte und verkürzte Harnröhre mit Stricturen. Der Verlauf solcher Fälle, ob subacut oder chronisch, bietet gewöhnlich dieselben Symptome, außer bei gleichzeitigen Blutungen. Die Haupterscheinung ist die Störung der geschlechtlichen Function.

Die Diagnose der subacuten und chronischen Samenblasenentzündung gründet sich vor Allem auf die Anwendung des Gefühlssinnes.

Die Therapie hat sich auf Einschränkung der Blutungen, Hebung der Strictur und auf genügende Entleerung der Blase zu richten.

Zur Stillung der Blutung gebe man Ergotin innerlich, adstringirende Suppositorien und Warmwasserinjectionen in's Rectum.

Rehf.

VIII. Hoden.

Hansemann: **Ueber die grossen Zwischenzellen an den Hoden.** Physiol. Gesellsch. in Berlin. Sitz. am 8. Nov. 1895. Deutsch. Med. Woch. 1896, No. 2.)

In der Zwischensubstanz des Hodens finden sich eigentümliche, große, mit bläschenförmigem Kern versehene pigmentirte Zellen, deren Herkommen und Bedeutung nicht sicher bekannt ist. Hansemann fand nun, daß sie bei winterschlafenden Murmeltieren in geringer Menge vorhanden sind, nach ihrem Erwachen dagegen sehr zahlreich. Man konnte an einen Zusammenhang mit der in ersterem Zustande ruhenden, im zweiten lebhafteren Spermatogenese denken. Weitere Untersuchungen zeigten aber, daß die reichliche Bildung der Zwischenzellen mit cachectischen Zuständen einherging. Auch das erwachende Murmeltier ist in elendem Ernährungszustande. Es handelt sich dabei nicht um eine Pigmentdegeneration — sog. braune Atrophie —, sondern um eine Pigmentinfiltration. Mit den Plasma- resp. Mastzellen, mit denen sie früher zusammengeworfen wurden, haben sie nichts zu thun.

Ly.

Lamb: **Ueber einen Fall von multipler Hodenentwicklung.** (Med. Record, 18. Januar 1896. Verhandlungen der Association of American Anatomists. Sitzung vom 27. Dezember 1895.)

Das betreffende Individuum war ein gut entwickelter und gesunder Mann von 45 Jahren. In der rechten Scrotalhälfte befanden sich drei und in der linken ein Hoden. Sie waren der Größe nach etwas verschieden, zeigten aber sonst keine Abnormitäten. Die verschiedenen Samenstränge konnten deutlich von einander getrennt und bis zur Leistenöffnung verfolgt werden. Der Mann war ein Witwer mit zwei Kindern. Fälle von überzähligen Hoden werden in einer ganzen Anzahl berichtet. Doch sind die meisten von ihnen zweifelhafter Art. Authentisch ist der Fall von Hewitt, einen Soldaten mit zwei Hoden in der linken Scrotalhälfte betreffend. Die beiden Samenstränge verliefen bis kurz vor dem Leistenring getrennt und vereinigten sich darauf zu einem Strange. Die Abnormität bestand seit der Geburt.

Löwenthal.

A. H. Pilliet et Costes: **Etude histologique sur les épithéliomes du testicule.** (Revue de chir. 1895, No. 8. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Die Verff. suchen auf Grund histologischer Studien an 8 zum Teil aus Tillaux' Klinik stammenden bösartigen Hodengeschwülsten 3 Typen derselben aufzustellen, die nur das Gemeinsame des Beginnes ihrer Entwickelung im Niveau des Mediastinum Testis (Corpus Highmori) und des Bestehens entzündlicher und necrotischer Vorgänge, im Uebrigen aber verschiedenen Ausgangspunkt und verschiedene Structur haben. Indem wir auf die Schilderung mikroskopischer Details an den einzelnen Präparaten, sowie auf die Darlegungen hinweisen, welche die Verff. zur Begründung ihrer entwickelungsgeschichtlichen Betrachtungsweise der betreffenden Geschwülste bieten, heben wir nur kurz das wesentliche der 3 Gruppen hervor.

1) Epithéliomes à tissus multiples, ähnlich denen des Eierstocks, wahrscheinlich ovulären Ursprunges. Sehr umfangreiche Geschwülste, bestehend aus harten und fluctuirenden (bis nußgroße Cysten mit schleimigem oder gelatinösem oder atherombreiartigem oder hämorrhagischem Inhalte) Partieen.

2) Epithéliomes wolfiens; kleinere (bis Puteneigrösse) Geschwülste mit myxomatösem Stroma; sehr kleine Cysten mit schleimigem oder stark eingedicktem Inhalt und einer den Epidermiszellen ähnlichen cylindrischen Zellbekleidung der Wand; Ausgangspunkt von den Wolff-schen Kanälen.

3) Epithéliomes des tubes séminifères, größer wie 2) mit dichtem Stroma, vom Character sarcomatösen oder lymphadenomatösen oder scirrhusartigen Gewebes, durchsetzt von unregelmässigen Flecken (necrotischen, gelblich gefärbten Herden, des Ovules mêles nécrosés). L.

A. Jäckh: **Ueber den Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und des Spermas tuberculöser Individuen.** (Virch. Arch., Bd. 142, 1. — Wien. Med. Woch. No. 2.)

Nach dem Ergebnisse der Jäckh'schen Experimente ist die Annahme, daß im Sperma überhaupt keine virulenten Tuberkelbacillen vorkommen, unrichtig. J. konnte dieselben 3 Mal in 5 Fällen nachweisen. Daß J. auch bei Verimpfung von Hoden- und Eierstocktuberkulose je ein Mal ein positives Resultat bekam, läßt den Einwand als berechtigt erscheinen, daß die Bacillen aus dem Blute und nicht direct aus den Drüsen stammen. Schließlich stimmt J. mit anderen Experimentatoren darin überein, daß nicht der Hoden, sondern die Schleimhaut der Samenbläschen die Tuberkelbacillen abgiebt. Dr.

Erich Franke: **Ein Fall von doppelseitiger eitriger Orchitis. Epididymitis und Prostatitis. Castration. Heilung.** Aus der Poliklinik von Kollmann, Leipzig. (Centralbl. f. Harn- und Sexual-Organe, Bd. 7, Heft 1.)

Der 54 Jahre alte Patient war im December 1892 angeblich auf den „Damm" gestürzt. Im Juni 1893 erkrankte er an Influenza und am vierten Tage derselben bemerkte er eine auf Druck schmerzhafte Anschwellung des rechten Hodens. Anfang Juli traten Schmerzen beim Stuhlgang und beim Abgang der Flatus ein, eine beginnende Prostatitis. Ende Juli erkrankte auch der linke Hoden. Sowohl in der Prostata wie von beiden Hoden aus entwickelten sich Abscesse, die unter Fieberbewegungen trotz mehrfacher Incisionen nicht eher zur völligen Heilung gelangten, als bis beide Hoden entfernt waren. Ende October war Patient hergestellt. Da P. niemals an Gonorrhoe oder einer anderen venerischen Affection gelitten hatte, Gonococcen nicht aufgefunden wurden, da für Tuberculose sich keine weiteren Anhaltspunkte fanden, wenn auch in dem kleinzellig infiltirten Hoden Riesenzellen (ohne Tuberkelbacillen) vorhanden waren, so glaubt Verf. per exclusionem zu der Auffassung gelangen zu dürfen, daß die Eiterungen durch die Influenza veranlaßt sind. Dreyer.

Tavitain: **Behandlung der Orchitis blennorrhagica mit Guajacoleinspinselungen.** (Thèse de Paris. — Wien. Med. Presse 1896, No. 1.)

T. hat die von Balzer vorgeschlagene Behandlung der Orchitis blennorrhagica mit Guajacoleinpinselungen versucht und dabei vorzügliche Resultate erhalten. Er bediente sich des reinen Guajacols, 2—3 g für jede Pinselung, oder einer Salbe (5 Guajacol : 30 Vaselin) bei faltiger Haut. Bei leichten und mittelschweren Fällen genügten 3—4 Pinselungen, je eine am Morgen und am Abend, um die Schmerzen zum Verschwinden zu bringen und ein merkliches Zurückgehen der Schwellung zu erzielen. An schweren Fällen muss man die Pinselungen öfter wiederholen. L.

R. Park: **Orchidomeningitis calcificans.** (Journ. of cutan. and genito-urin. diseases 1895, No. 9. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Es handelt sich um einen 63jährigen Melancholiker, dessen psychische Störung durch eine chronische Schwellung und Verdickung eines Hodens bedingt war. Der erkrankte Hode fühlte sich hart und knotig an und wurde zunächst für eine bösartige Neubildung gehalten. Auf dringendes Verlangen des Kranken wurde die einseitige Castration vorgenommen

und die Geschwulst erwies sich als eine alte Hydrocele mit secundärer Ossification der Tun. vaginalis. Der operative Eingriff hatte den günstigsten Einfluß auf das psychische und physische Befinden des Kranken, welches wieder völlig normal wurde.

Aehnliche Fälle von Verkalkung der Tun. vaginalis sind in der Litteratur mehrfach bekannt und giebt Verf. eine kurze Zusammenstellung dieser. Daran schließt er die Mitteilung eines Falles, in dem die Verkalkung nur eine partielle war, welcher sich aber durch Vorhandensein einer Netzhernie complicirt erwies. Neumann.

H. Bach: **Ueber die Behandlung der Hydrocele durch Punction mit Injection von concentrirter Carbolsäure.** (Beitr. z. klin. Chir., XIV. Bd., Heft 3. — Oest.-Ung. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1895, No. 25.)

Bach vergleicht die Erfolge der Jodinjection mit der Lewi'schen Carbolinjection, die gegenüber ersterer fast keine Reaction hervorruft und ambulatorisch gemacht werden kann. B. empfiehlt, 2 ccm reiner Carbolsäure (durch 5 pCt. Wasser oder Glycerin flüssig erhalten) durch den Troicart nach Ablassen der Flüssigkeit zu injiciren, nach Entfernung des Troicarts mit zwei Fingern die Einstichwunde zuzuhalten und durch kurze Massage die Flüssigkeit im Hydrocelen-Sack zu verteilen. Von 39 Fällen teilt Bach die Krankengeschichten kurz mit, in 15 pCt. erfolgten Recidive, die jedoch nach der Injection sämtlich geheilt wurden; auf 114 Nachuntersuchungen verschiedener Kliniken berechnen sich 9 pCt. Recidive. K.

Baumgarten: **Hydroceleoperation.** (Pester med.-chirurg. Presse 1895, No. 48. — Therapie der Gegenwart 1896, No. 1.)

Baumgarten teilt eine neue Modification der sogenannten radicalen Hydrocelenoperation mit, welche bisher sowohl bezüglich der kurzen Heilungsdauer als des Ausschlusses von Recidiven günstige Erfolge ergeben hat. Das Verfahren ist folgendes:

Nachdem Baumgarten den Mons pubis und Scrotum abrasirt, läßt er ein Bad nehmen. Unmittelbar vor der Operation wäscht er die ganze Region mit Seife und Aether, dann wird der Kranke narcotisirt. Ueber der Hydrocele macht er auf der vorderen Fläche des Scrotums einen nach Größe der Hydrocele verschieden langen Hautschnitt, der aber weit unter dem Inguinalring beginnt, dagegen unbedingt bis zur unteren Grenze des Scrotums reicht. In das Unterhautzellgewebe gelangt, löst er die ganze Hydrocele mit ihren Hüllen stumpf aus dem Unterhautbindegewebe sowohl vorn als an den Seitenflächen, hinten

läßt er nur dort die Verbindung bestehen, wo Hoden und Nebenhoden fixirt sind; die Scrotalhaut jetzt hinter die Hydrocele schiebend und in Sublimatgaze wickelnd, schreitet er zur Eröffnung der Hydrocele. Die Eröffnung beginnt mit Einstich des Messers, die Hydrocelenflüssigkeit fließt im Strahle hinaus; dann spaltet er die Hüllen nach oben und unten und wischt die in der Höhle zurückgebliebene Flüssigkeit aus: das Innere der Wand tupft er mit in $^1/_{10}$ proc. Sublimatlösung getauchter Gaze aus. Dann excidirt er die Hüllen vollständig bis zum Hoden und Nebenhoden, der deren Bedeckung bildende Teil der Tunica vaginalis propria wird belassen, da er ohne deren Verletzung nicht ablösbar ist, und reibt diesen Teil der Tunica vaginalis neuerdings mit in Sublimatlösung getauchter Gaze ab: dasselbe geschieht auch mit dem Unterhautzellgewebe des Scrotums. Die Scrotalhaut vereinigt er vollständig mit 7—8 Knopfnähten ohne jede Drainage, am unteren Ende des Schnittes werden die Nähte weniger dicht angelegt. Stillung der Blutung erfolgt durch Torsion der Gefäße. Nach Vollendung der Operation Bedecken der Wunde mit Gaze, das ganze Scrotum wird in viel Watte gewickelt, um eine gehörige Compression auszuüben; aus gestärktem Organtin, nachdem es in Wasser erweicht wurde, wird ein erhärtender schwimmhosenförmiger Verband gemacht. In den ersten Tagen nach der Operation zeigt sich keinerlei Schmerz. Bei gutem Verlauf erst eine Woche nach der Operation Verbandwechsel, Heilung per primam, der Hoden ist in seiner ganzen Oberfläche mit dem Bindegewebe des Scrotums verwachsen; nur in späteren Monaten lockern sich die Verbindungsstränge, und der Hoden bewegt sich ebenso frei bei Contraction des Cremaster als in normalem Zustande. Eine Zeit lang läßt B. noch ein mit Watte gepolstertes Suspensorium tragen.

Diese Modification unterscheidet sich von der Bergmann'schen dadurch, daß nach Durchschneidung der Haut die Höhle der Tunica vaginalis nicht eröffnet wird, sondern die ganze Hydrocele aus dem lockeren Bindegewebe des Scrotums stumpf aus gelöst und die Haut des Scrotums hinter ihr geschoben wird. Dadurch kann sich die Tunica dartos besser zusammenziehen und einen besseren Druck auf die vorher gespannten Venen ausüben, wodurch die Blutung geringer wird, so daß es kaum notwendig wird, die Blutgefäße mit der Pincette zu erfassen. Die Hydrocelenflüssigkeit wird zuerst durch enge Oeffnung im Strahle hinausfließen gelassen und in einem Gefäße aufgefangen, nach Erweiterung des Schnittes wird die Höhle ausgewischt, so daß aus der Hydrocelenflüssigkeit gar nichts in das lockere Zellgewebe des nach hinten geschobenen und in Gaze gewickelten Scrotums fließt, was für die Heilung per primam nur förderlich ist, ebenso

wie die blutenden Blutgefäße nicht ligirt, sondern torquirt werden, wodurch die bei größter Vorsicht manchmal Eiterung verursachenden Seiden- oder Catgutfäden vermieden werden. Nicht nur das parietale Blatt der Tun. vaginalis propr., sondern die sie bedeckende Tun. vagin. comm. mit den in ihr verlaufenden Venen wird auch excidirt, und müssen wir uns mit weniger blutenden Gefäßen abgeben, wodurch die Operationsdauer abgekürzt wird; allerdings kann die Tunica vaginalis communis von dem Unterhautzellgewebe nicht scharf abgetrennt werden, wenn auch zwischen beiden Cremasterfasern verlaufen. Der Teil der Tun. vagin. propr., welcher Hoden und Nebenhoden bedeckt und nicht entfernbar ist, wird mit in Sublimatlösung getauchter Gaze stärker abgerieben, ebenso das Zellgewebe des Scrotums, was zur Entstehung einer adhäsiven Entzündung vorteilhafter ist. Der Hautschnitt wird vollständig vereinigt ohne jede Drainirung, nur am untersten Teile desselben werden die Nähte aus Vorsicht weniger dicht nebeneinander gelegt, damit, wenn etwa einmal doch eine innere Eiterung entstände, der Eiter sich hier einen Weg bahne.

Das Drainrohr ließ Baumgarten weg, weil seine Reizung Hodenentzündung verursachen kann. Daß auch bei der Bergmann'schen Methode Recidive entstehen konnten, kann er nur dem zuschreiben, daß das Drainrohr bei dem ersten Verbandwechsel, welcher schon in 24—48 Stunden geschieht, erst entfernt wird, eventuell noch später. Darnach kann die Hautöffnung früher zusammenwachsen, aber innerhalb derselben sammelt sich die durch das viscerale Blatt der Tunica vaginalis hervorgebrachte Flüssigkeit in der durch das Drainrohr zurückgelassenen Höhle; aber nur vollkommener Ausschluß von Höhlenbildung kann im Anfange Sicherheit vor Recidiven geben. Die bisherigen Operationserfolge Baumgarten's sind günstig.

Casper.

W. Anderson: **Two cases of hydrocele of hernial sac.** (St. Thomas Hosp. — The Lancet, 18. Jan. 1896.)

A. stellt 2 Fälle der ziemlich seltenen Complication einer Hydrocele mit einer Hernie vor.

Der erste Fall betrifft einen 36jährigen Mann, der am 19. Oct. 1895 mit einer starken Schwellung an der linken Scrotalseite in's Krankenhaus kam. Er giebt an, daß er seit ca. 16 Jahren in der Gegend des linken äußeren Leistenringes eine kleine Anschwellung habe, die seitdem stetig gewachsen sei und seit ca. einem Monat gänseeigroß sei, auch jetzt sich in's Scrotum hinein ausgedehnt habe. Die Geschwulst sei immer reponibel gewesen und hätte nie irgend welche Störungen verursacht. Am 25. Sept. sei die Geschwulst plötzlich größer und

härter geworden, habe von da an Wachstum noch zugenommen und ständig Schmerzen bereitet, aber sonst keine Störungen. Bei der Untersuchung wurde auf der rechten Seite des Scrotums, bis zur Leistenbeuge hinaufreichend, eine länglich ovale, etwa straußeneigroße fluctuirende Anschwellung gefunden, die in ihren unteren $^2/_3$ durchscheinend, im oberen Drittel solide war; die Geschwulst war nicht reponibel. Am 23. Oct. wurde der Tumor an seiner Vorderseite, etwas unterhalb der Mitte, incidirt, wobei sich ca. 15 g einer trüben, gelblichen Flüssigkeit von fadem, unangenehmen Geruch entleerten. Die Geschwulstwand war dick und undurchsichtig, in ihrem oberen Drittel von Netz gebildet. Nach einer Auswaschung der Höhle mit dünner Sublimatlösung wurde der Schnitt nach oben erweitert, wobei sich das Netz mit der Geschwulstwand verklebt fand. Nach stumpfer Lösung der Adhäsionen und erneuter Irrigation mit Sublimat wurde das Netz, soweit es incarcerirt war, hervorgezogen und mit Seidenfäden abgebunden und abgeschnitten, der mit Sublimat abgespülte Stumpf in die Bauchhöhle zurückgelegt. Der so isolirte Bruchsack wurde in Höhe des inneren Leistenringes abgebunden und unterhalb der Ligatur abgeschnitten. Die Heilung erfolgte per primam, Pat. wurde am 10. Nov. gesund entlassen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 33jährigen Mann. Er behauptete, seit seiner Kindheit in der Leistengegend eine an Größe häufig wechselnde Anschwellung zu haben, die niemals ganz reponibel gewesen sei, aber keine Störungen verursacht habe. Seit 8 Tagen sei die Geschwulst bedeutend gewachsen, auch schmerzhaft geworden, ohne aber Darmerscheinungen zu machen. Die Untersuchung ergab einen von der Gegend des linken Leistencanales bis zum unteren Ende des Scrotums reichenden gespannten eigroßen Tumor, der beim Husten sich vergrößerte. Der Hoden konnte mit einiger Anstrengung am unteren, hinteren Ende der Geschwulst gefühlt werden; ihr oberer Teil war solid und undurchsichtig, der untere fluctuirend und durchscheinend. Bei der Operation ergaben sich im Ganzen dieselben Einzelheiten wie bei der ersten, nur war die Flüssigkeitsmenge geringer, der adhärirende Teil des Netzes nicht so groß und die Bruchsackwandung infolge der alten Entzündung mehr verdickt. Das Netz wurde wiederum abgebunden; da aber der entzündete Bruchsack nicht vom umgebenden Gewebe getrennt werden konnte, wurde er unterhalb des äußeren Leistenringes gespalten, der obere Teil, soweit der innere Ring reichte, ausgeschält und abgebunden. Die untere Portion des Bruchsackes wurde mit Carbollösung abgewaschen und in situ gelassen. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

Anschließend an diese Fälle, macht A. auf ihre Seltenheit und darum schwere Erkennbarkeit aufmerksam. Hauptsächlich bei der Stellung einer richtigen Diagnose sei zu beobachten:

1) die Entstehung eines Scrotaltumors, der zunächst ganz oder teilweise reponibel sei, aber plötzlich durch eine besondere Veranlassung irreponibel werde,
2) die Ausdehnung der Geschwulst in den Leistencanal,
3) die Vergrößerung derselben am äußeren Leistenring nach einem Hustenstoße,
4) die Undurchsichtigkeit des oberen und Durchsichtigkeit des unteren Abschnittes der Geschwulst.

Die Therapie ist verhältnismäßig einfach, nur ist die gänzliche Entfernung des entzündeten Netzes erwünscht, oder, bei dem Vorkommen von Darmschlingen im Bruchsack, das Abspülen derselben mit einem Desinficiens, bevor sie in die Bauchhöhle zurückgelegt würden.

Löwenthal.

J. A. Dardignac: **Note sur le varicocèle et son traitement.** (Revue de chir. 1895, No. 9. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Indem D. auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen als Militärarzt zunächst die grosse Zahl der infolge von Varicocele zum Dienst im französischen Heere für untauglich Befundenen feststellt, weist er auf die Notwendigkeit hin, dieselbe durch versuchsweise Einstellung (bei der Infanterie) der Betreffenden, welche mit einem gutsitzenden Suspensorium zu versehen oder in sehr schmerzhaften Fällen zu einer Operation zu veranlassen wären, zu vermindern. Im Weiteren bespricht D. die Operationsmethoden der ein- oder doppelseitigen Resection des Scrotums, durch welche zuerst Henry (New-York) die Wirkungsweise des Suspensoriums nachzuahmen gesucht hat, um unter den verschiedensten Modificationen des Verfahrens der Bazy-Peyrot-schen wegen grösserer Einfachheit vor den von Lucas Championnière und Reclus den Vorzug zu geben. Zur Vermeidung der nicht selten darnach, besonders bei beiderseitiger Resection mit Durchtrennung der Raphe scroti, auftretenden Hämatombildung hat indeß B. noch eine eigene Methode ausgebildet, deren Beschreibung der eigentliche Zweck der Arbeit ist.

D. bedient sich zur Resection der Scrotalhaut einer gebogenen Klemmzange. Der, bezw. die Hoden werden gegen den äußeren Leistenring nach oben geschoben, sodann 1 oder 2 Klemmen, mit der Concavität nach ihnen gerichtet, an der einen oder an beiden Hälften des Hodensackes möglichst hoch angelegt, nach subcutanen Cocaininjectionen längs der Convexität des Instrumentes an dieser entlang eine Reihe

von Nahtfäden durchgeführt, und nun erst die ein- oder doppelseitige Resection der Hodensackhaut in querer oder schräger Richtung vorgenommen. Erst nachdem die Fäden festgeknüpft, werden die Klemmen wieder entfernt, und nun ein Druckverband um Hodensack und Damm gelegt.

Die Erfolge der Operation waren laut Ausweis der 18 mitgeteilten Krankengeschichten nach jeder Richtung andauernd günstige.

Lohnstein.

Watson: **Die Radicalbehandlung der Varicocele.** (The Lancet, 1. Februar 1896.)

Diese Operation hat Verf. bei 21 Personen im Alter von 16 bis 22 Jahren ausgeführt. Die Varicocele war bei 20 eine linksseitige und in einem Falle bilateral. Alle Kranken erhielten am Abend vor der Operation ein Abführmittel. Am Morgen darauf wurden Pubes und Scrotum sorgfältig rasirt und mit Seife und Wasser, alsdann mit Carbol- oder Sublimatlösung gereinigt. In der Chloroformnarcose wurde nun etwa $^1/_2$ Zoll unterhalb der äußeren Inguinalöffnung eine 1—$1^1/_2$ Zoll lange Incision auf dem Scrotum angelegt und der Samenstrang mit den erweiterten Venen bloßgelegt. Das Vas deferens wurde dann isolirt und am oberen und unteren Wundwinkel je ein Catgutfaden mittelst einer gekrümmten Nadel um die Venenbündel herumgeführt. Die Fäden wurden darauf fest zugebunden und das zwischen den Ligaturen befindliche Stück mit der Scheere exstirpirt. In den ersten 15 Fällen wurden die durchschnittenen Venenenden frei gelassen, in den anderen 6 wurden sie durch Ligaturen mit einander vereinigt. Und zwar wurden in 2 Fällen frische Nähte angelegt, in den anderen 4 wurden die Enden der um die Venenbündel herumgeführten Catgutfäden nicht kurz abgeschnitten, sondern lang gelassen und dann durch Verknüpfung der oberen mit den unteren Fäden die Venenstümpfe einander genähert. Diese Methode erscheint auf den ersten Anblick irrationell, sie giebt aber bei sorgfältiger Ausführung sehr gute Resultate. Vor Schließung der Scrotalwunde hat man noch sorgfältig jede Blutung zu stillen und jedes durchschnittene Gefäß zu unterbinden, weil sonst sehr leicht eine secundäre Haemorrhagie auftritt, die zur Wiedereröffnung der Hautwunde nötigt. Die Scrotalwunde wird nun vernäht, aber kein Drainrohr eingelegt, und das Scrotum mittelst T-Verband gut gestützt. Nach 3 Wochen kann der Operirte das Bett verlassen. In den meisten Fällen bestand noch 8—14 Tage nach der Operation ein Oedem des Scrotums, das aber von selbst vollständig verschwand. Ebenso bildete sich die gewöhnlich 8 Tage lang vorhandene Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit des Hodens auf der operirten Seite bald zurück.

Löwenthal.

IX. Blase.

Katheterismus.

S. Grosglik: **Asepsis beim Katheterismus.** (Przegląd chirurg. Bd. II, Heft 2. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Verf. hält die zumeist jetzt übliche Sterilisation der Bougies und Katheter durch Eintauchen derselben in antiseptische Lösungen für vollkommen ungenügend und daher für den Pat. direct schädlich. Seine Versuche ergaben, daß es weder durch mechanische Mittel (Bürsten mit heißem Seifenwasser), noch durch Sublimat, schweflige Säure oder Quecksilberdämpfe gelang, Katheter von Mikroorganismen vollständig zu befreien. Eine genaue Sterilisation derselben gelang erst, nachdem dieselben der Einwirkung einer bis auf 130° C. erhitzten Luft durch 1 Stunde oder aber des strömenden Dampfes ca. 15 Minuten ausgesetzt worden waren. Namentlich das letztere Verfahren wird warm empfohlen und hierzu entweder Kutner's Apparat oder besonders ein vom Verf. angegebener als geeignet bezeichnet. Metall- und Nélatonkatheter werden am einfachsten in siedendem Wasser sterilisirt. Verf. warnt jedoch vor dem Zusatze von Soda zu demselben, da den Instrumenten anhaftende minimale Partikelchen desselben auf die Schleimhaut der Harnröhre reizend einwirken. Der ganze Katheterismus soll möglichst aseptisch ausgeführt, und daher auch nach Desinfection der Hände die ganze Umgebung der äußeren Harnröhrenmündung (bei Männern die Glans, bei Frauen die Vulva) gründlich mit Sublimat gewaschen werden.

Die größte, fast unüberwindliche Schwierigkeit bildet die Sterilisation der Harnröhre selbst, deren Schleimhaut bekanntlich ebenfalls von Mikroben besetzt ist. Namentlich ist eine vorherige Desinfection der Harnröhre angezeigt bei acuten und chronischen Entzündungen derselben und bei allen jenen Processen, welche mit teilweiser oder completer Harnverhaltung oder mit Hyperämie und Läsion der Blasenschleimhaut verbunden sind. Sie zu erreichen, sollen aus einer Spritze oder einem Irrigator bei schwachem Drucke langsam ca. 600—800 g sterilisirten Wassers in die Harnröhre injicirt werden, wobei darauf zu achten ist, daß die äußere Mündung stets genügend offen bleibt, damit die Flüssigkeit leicht abfliessen kann und nicht in die Blase dringt. Die Desinfection des hinteren Harnröhrenabschnittes ist nur

bei gleichzeitiger Blasenspülung möglich. Als bestes Mittel zum Bestreichen der Instrumente hat sich dem Verf. sterilisirtes Vaselin bewährt. Lubowsky.

Th. Biedert: **Der Collodiumwatteverband und seine Verwendung zu oberflächlichen und fixirenden Verbänden und zur Befestigung von Verweilkathetern.** (Med.-chir. Centralbl. 1896, No. 1.)

Nachdem Verf. die Verwendung des Collodiumwatteverbandes für oberflächliche und fixirende Verbände ausführlich besprochen hat, erwähnt er noch zum Schluß des Collodiumwatteverbandes zur Befestigung von Verweilkathetern, metallischen, elastischen und Nélaton-Kathetern in der Harnröhre und Blase. Nach richtiger Lagerung des Katheters wird etwa 1 cm von der Harnröhrenmündung entfernt ein mittelstarker (Seiden-) Faden an den Katheter geknotet. Darauf werden nach und nach einige dünne Wattestreifen über den umschlungenen Faden um den Katheter herum mit Collodium festgepinselt und so der Faden an dem Katheter unverrückbar festgehalten. Hiernach schlägt man die beiden Fäden straff auf den Rücken des Penis und pinselt sie hier nach Unterlage eines dünnen Wattestückchens fest darüber, schlägt die Fäden dann vor und pinselt wieder ein Wattestückchen auf, und wenn man will, noch einmal zurück mit Aufpinselung eines dritten Stückchens. Die angepinselten Wattestückchen brauchen nur $^1/_4$ bis $^1/_3$ des Penisumfanges einzunehmen. Die Penishaut muß, ehe man die Befestigung an ihr vornimmt, durch mäßigen Zug nach vorn gespannt werden. Um bei Benutzung eines dünnen weichen Katheters das Herauspressen des weichen Katheters von der reizbaren Blase zu vermeiden, macht Verf. jetzt in schweren Fällen und bei Benutzung weicher Katheter die Befestigung vorn und hinten, indem er nach Vollendung der oben beschriebenen ersten Befestigung am Katheter den einen Faden noch einmal um den halben Umfang bis auf die Gegenseite herumführt und nun hier mit einer neu gepinselten Wattelage festhält. Auch bei dieser doppelten Befestigung, die jedes Ausgleiten unmöglich macht, findet eine ringförmige Umschnürung des Penis und also eine Circulationsstörung nicht statt. K.

Marc: **Das Selbstkatherisiren der Patienten.** (Zeitschr. f. Krankenpflege 1895, 5. — D. Med.-Ztg. 1895, 88. — Ther. d. Gegenw. 1896, No. 1.)

Marc (Wildungen) empfiehlt denjenigen Patienten, welche sich

selbst katheterisiren müssen, folgende Art der Behandlung der Katheter: Vor der Berührung des Katheters wasche sich Pat. die Hände sorgfältig mit Seife und lauwarmem Wasser. Alsdann gieße er ein reichliches Quantum einer Carbollösung (5 : 100) oder einer solchen von Sublimat (1 : 1000) durch den senkrecht über das Waschbecken gehaltenen Katheter, so daß derselbe in allen seinen Teilen, innen und außen, damit bespült werde. Ein nachfolgender Durch- und Ueberguß von lauwarmem Wasser entfernt das Desinfectionsmittel wieder, damit dasselbe beim Einführen des Instrumentes nicht in die Harnröhre oder Blase gelangt, wo es Aetzungen bewirken würde. Hierauf trocknet man den Katheter mit einem ganz reinen Tuch oder noch besser mit einem Stück Sublimatgaze ab und fettet ihn mit reiner Vaseline, die man in einer fest verschlossenen Zinntube aufbewahrt, ein. Vaseline ist deshalb vorzuziehen, weil sie nicht, wie das Oliven- oder Mandelöl, die pflanzlichen Fette, ranzig wird. Der diesem Fette oft gemachte Zusatz von Carbolsäure, Salicylsäure oder Borsäure ist jedoch überflüssig. Nach dem Gebrauche wird der Katheter sorgfältig in einer großen, reinen Waschschüssel mit Seife und lauwarmem Wasser von allem daran heftenden Fett und Urin gereinigt, mit reinem kalten Wasser durch- und übergossen, um die Seife zu entfernen, dann wie vorher mit dem betreffenden Desinfectionsmittel behandelt und unabgetrocknet in einem reinen Tuch oder in Sublimatgaze, die alle paar Tage zu erneuern ist, aufbewahrt. Niemals sollen die Instrumente ohne diese Einhüllung in ein Etui gelegt, in einer schmutzigen und mit ranzigem Oel durchtränkten Pappschachtel oder gar, in ein altes Zeitungspapier gewickelt, in der Tasche umhergetragen werden.

Lohnstein.

Ottokar Kukula: **Ueber den Katheterismus posterior.** (Klin. Zeit- u. Streitfr., IX. Bd., 5. u. 6. H. — Therap. Wochenschr. 1896, No. 3.)

Mendés **Du cathétérisme rétrograde.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. Sept. 1895. — Ther. Wochenschr. 1896, No. 3.)

Der Zweck des genannten Verfahrens ist die Herstellung einer neuen Harnröhre in jenen Fällen von impermeablen Stricturen und Harnröhrenzerreißungen, bei denen die sonst üblichen Eingriffe nicht zum Ziele führen. Darin liegt eben das Hauptgewicht des Verfahrens. Der anatomische Weg, den wir zur Erreichung dieses Zieles betreten, kann natürlich verschieden sein; immer handelt es sich aber um Fälle, wo wir das centrale Ende der Harnröhre bei der Urethrotomia ext. nicht finden können und behufs Auffinden desselben die Blase resp.

die Pars membran. eröffnen und dann von hinten nach vorn die Strictur zu durchdringen trachten. Der zweite, nicht minder wichtige Zweck ist der, solche Verhältnisse zu schaffen, dass dadurch eine möglichst normale Harnröhre entstehen könne und die Restitution der Harnableitung perfect sei; ob wir nun den Blasenstich, den Blasenschnitt oder die Methode Dittel's zur Erreichung dieser therapeutischen Aufgabe benutzen, ist nicht maßgebend; die Hauptsache ist eine vollkommene Restitution der durch Harnröhrenrupturen oder Stricturen unpassirbar gewordenen Harnröhre und ihrer physiologischen Functionen.

Der Katheterismus post. ist also ein Operationsverfahren, welches nach mißlungener Urethrotomia ext. bei impermeablen Stricturen oder Zerreißungen der Harnröhre als ultima ratio angewendet wird, um das centrale Ende der Harnröhre von hier aufzufinden und dann möglichst normale Verhältnisse zu schaffen.

Als Katheterismus post. im eigentlichen Sinne kann demnach blos die Methode gelten, nach vorausgeschickter Sectio alta (die einfache Punctio vesicae scheint derzeit verlassen zu sein) bei mißlungener Urethrotomia ext. von obenher den Weg durch die stricturirte oder zerrissene Harnröhre zu finden.

In einer tabellarischen Zusammenstellung verzeichnet Verf. die 45 in der Litteratur auffindbaren Fälle von retrogradem Katheterismus mit Sectio alta, wobei die Daten über Aetiologie und klinischen Befund, Operationsmethode und Erfolg Erwähnung finden.

Fünf eigene Fälle aus der Prager Klinik von Maydl sind in ausführlicher Weise beschrieben. Das größte Material zum Katheterismus retrogradus stellen die impermeablen Stricturen, von diesen die traumatischen, mit Fisteln complicirten, und zwar die durch Beckenfracturen entstandenen.

An der Hand einer Anzahl von Fällen (Shilling und Delefosse, Zuckerkandl) wird der typische Vorgang: erst Aufsuchen des hinteren Urethralendes mittelst Urethrotomia ext. und dann erst, falls dies mißlingt, Sectio alta und Katheterismus post. — eingehend erörtert.

Der umgekehrte Weg, erst Sectio alta, ehe man sich mit dem Suchen des durchschnittenen Harnröhrenstückes abmüht, wurde von Trendelenburg, Boussier und Albarran eingeschlagen. Bardeleben vermochte in mehr als 150 Fällen von Urethrotomia ext. stets das hintere Urethralende aufzufinden: daraus geht hervor, daß der Versuch derselben vor der Sectio alta geboten sein muss.

Alle Fälle von traumatischen Stricturen in der Literatur sind mit Erfolg durch Kathet. post. behandelt worden.

Es folgen weitere Bemerkungen über das zweizeitige Operiren,

erst Urethrotomie, kurzes Intervall von einigen Tagen, um bei spontanem Harnlassen das hintere Urethrastück zu sehen, dann event. erst Sectio alta und Kathet. post., ferner über Dittel's Kathet. retrourethralis (Zuckerkandl); ferner über die Methode der Sectio alta nach Günther (Längsschnitt in der Haut und quere Spaltung der Muskeln und Fascien), um den Praevesicalraum besser zu übersehen, ferner über die Rasumowsky'sche Cystopexis. Alle einschlägigen Details sind dem Specialarzt und Operateur ohnedies geläufig. Das Gleiche gilt bezüglich der Wundversorgung, des Einlegens von Blasen- und Harnröhrenkathetern und des Auswechselns derselben. Neu ist die Angabe Maydl's. statt der gewöhnlichen, der Länge nach geschlitzte Nélatons zu wählen, die ganz prompt ableiten, dabei gründlichst zu reinigen sind.

Die Nachbehandlung, d. h. die Notwendigkeit, die Harnröhre zeitweise mittelst Sonde zu dilatiren, führt auf den einfachen Ausweg, dem Kranken, falls er genügend geübt ist, ein solches Instrument (Verf. empfiehlt nur die Metallsonde zum Selbstgebrauche der Kranken) in die Hand zu geben.

Mendés referirt über einen 42jährigen Mann, der 12 Jahre zuvor wegen Strictur der Harnröhre einer Urethrotom. ext. unterzogen worden war. Im Jahre 1893 erlitt er plötzlich wieder eine Harnverhaltung. Aus der zurückgebliebenen Harnfistel floss unter bedeutenden Anstrengungen tropfenweise trüber, eitriger Urin. Die ganze Harnröhre war bis an die Operationsstelle stark stricturirt. Von der Fistel aus in die Urethra vorzudringen, war ebenfalls unmöglich, da falsche Wege vorhanden waren. Es wurde daher von der per sectionem altam eröffneten Blase aus eine Sonde gegen die Perinealfisteln vorgeschoben und nach vorn vorläufig kein Bougie nachgeführt. Die Blasenwunde wurde (trotz stark eitriger Entzündung der Blasenschleimhaut) sofort in zwei Etagen genäht: die erste Catgutnaht diente zur Vereinigung der Schleimhaut und wurde durch diese durchgeführt, Seidennähte verschlossen Schleimhaut und Musculatur. Erst nach Verlauf von 6 Wochen wurde bei gebesserter Cystitis der vordere Teil der Harnröhre mittelst Urothrotomia int. durchgängig gemacht.

Nach Darlegung der Indicationen für den retrograden Katheterismus tritt Mendés für die primäre Blasennaht ein, die im Falle des Verf.'s trotz der complicirten schweren Cystitis glücklicher Weise gehalten hatte.

Lohnstein.

Motz: **Eine Urininfection durch den Bacillus pyocyaneus.** (Progr. méd. 1896, No. 6.)

M. berichtet vor der Société de Biologie über einen derartigen Fall. Dreyer.

Le Noir: **Infection urinaire mixte; présence du bacille pyocyanique dans l'urine de l'homme.** Sitzungsbericht der Société de Biologie in Paris. (Semaine médicale 1896, No. 5.)

Bei einem von Le Noir vorgestellten Kranken, der an Nephrolithiasis und Pyelitis litt und ein Jahr vorher den Steinschnitt überstanden hatte, fanden sich im Harn gleichzeitig das Bacterium coli und der Bacillus pyocyaneus. Dieser letztere wurde durch seine eigentümlichen Farbenreactionen erkannt. Wenn er auch in der Blase des Kranken, ohne Erscheinungen hervorzurufen, saprophytisch gelebt hatte, hält ihn Le N. immerhin für gefährlich.

Charrin (in derselben Sitzung) berichtet über einen Fall von Puerperalfieber, bei dem sich Pyocyaneus in Gesellschaft einiger seltener Streptococcen fand. Er hält Infectionen mit dem Bacillus pyocyaneus für ziemlich häufig. Daß man sie so selten finde, liege daran, daß der Bacillus seine Farbenreactionen verliere. Kantorowicz.

Courstade und Guyon: **Ueber die Innervation der Blasenmusculatur.** (Soc. de biol. in Paris, Sitz. v. 27. Juli 1895. — Wien. klin. Rundsch. 1896, No. 3.)

Man nimmt gewöhnlich an, daß die vom Plexus sacralis und die von dem hypogastrischen Geflechte zur Blase ziehenden Nerven die gleiche Wirkung haben. Der einzige Unterschied, der zwischen beiden besteht, soll in der Intensität ihrer Wirkung gelegen sein, indem die Contraction bei Reizung der sacralen Nerven eine lebhaftere ist als bei Reizung der hypogastrischen Nerven. Aus den Untersuchungen der Vortragenden geht nun hervor, daß beim Hunde wenigstens die beiden Arten vom Nerven eine ganz verschiedene Rolle spielen. Die Nerven von Plexus sacralis wirken ausschließlich auf die longitudinalen Fasern des Muskelstratums, die des Plexus hypogastricus auf die Ringfasern. Es sind daher die Rückenmarksnerven, welche auf den Bahnen des sacralen Plexus verlaufen, die eigentlichen Nerven der Urinentleerung, da ja die Contraction der Longitudinalfasern fast ausschließlich eine Entleerung der Blase bewirkt. Dagegen steht die Ringmuskulatur, welche in den Intervallen zwischen den Entleerungen den Blasenhals

zu verschliessen hat, unter dem Einflusse des Sympathicus, da die in den hypogastrischen Nerven verlaufenden Fasern vom Lenden-Sympathicus abstammen. Kramm.

du Mesnil de Rochemont: **Zur Aetiologie der Cystitis.** (Biol. Abt. d. ärztl. Ver. Hamburg, Sitz. v. 26. Nov. 1895. — Münch. med. Woch. 1896, No. 6.)

M. hat gemeinsam mit seinem Assistenten Dr. Mölling an 25 Fällen von Cystitis Untersuchungen über die Ursache derselben angestellt. Aus dem unter aseptischen Maßnahmen entnommenen Urin wurden 14 Arten von Microorganismen gezüchtet, von denen 9 facultativ anaërobe und 5 obligat aërobe waren. Betreffs der Fähigkeit, Harnstoff zu zersetzen, war das Verhältniß von 7:7, eitererregend war nur eine Art, pathogen für Kaninchen gar keine. Mit den Bouillonculturen wurden Experimente an Tieren gemacht, nachdem einige für die Entstehung der Cystitis wichtige Vorfragen auf dieselbe Weise einer Prüfung unterzogen waren. Die Schlußfolgerungen aus den Versuchsresultaten sind folgende:

1) Aseptische, chemisch und mechanisch nicht reizende Fremdkörper rufen in der Blase des Kaninchens keine Entzündung hervor, (wenn sie die Urinentleerung nicht behindern).

2) Die aus cystitischem Urin gezüchteten Bacterien in Reincultur, seien sie obligat aërob oder anaërob, mögen sie Harnstoff zersetzen oder nicht, machen (ohne Retention) in der Kaninchenblase keine Cystitis.

3) Injection eines nicht eitererregenden, facultativ anaëroben, harnstoffzersetzenden Bacteriums in die Kaninchenblase mit nachfolgender 24stündiger Harnretention kann eine eitrige Cystitis erzeugen.

4) Injection eines anaëroben, nicht Harnstoff zersetzenden und nicht eiterregenden Bacteriums in die Kaninchenblase in Reincultur mit nachfolgender 24stündiger Harnverhaltung macht eine Cystitis.

5) Durch Injection einer Reincultur eines obligat aëroben, stark harnstoffzersetzenden, nicht eitererregenden Bacteriums in die Kaninchenblase mit nachfolgender 24stündiger Unterbindung der Harnröhre entsteht Zersetzung des Harns in dieser Blase und eine Cystitis mit Eiter und Epithelabstoßung.

6) 24 Stunden in der abgebundenen Kaninchenblase zurückgehaltene, obligat aërobe Bacterien bleiben soweit lebensfähig, daß sie den Urin zersetzen und aus demselben durch Verimpfung in Reincultur wiedergewonnen werden können.

7) 24stündige Unterbindung der Harnröhre verursacht beim Kaninchen an der Blasenschleimhaut eine so hochgradige Stauungshyperämie, daß dieselbe zu Hämorrhagien und Necrose der Blasenschleimhaut führen kann: im Urin zeigen sich rote Blukörperchen. Eiterkörper und Blasenepithelien (ein ähnlicher Befund wie bei leichter acuter Cystitis).

8) Die normale Blase enthält manchmal Microorganismen, welche dieselbe nicht schädigen und öfters Culturversuchen auf den gewöhnlichen Nährböden gegenüber sich refractär erweisen.

In der Discussion hält Fränkel das von M. beobachtete Vorkommen von Microorganismen in der Wand der normalen Harnblase für im Gegensatz stehend mit anderen sicheren Beobachtungen, denenzufolge in gesunden Geweben keine Microorganismen gefunden wurden. Es müßte noch bewiesen werden, ob in jenen Fällen keine abgestorbenen Microben in der Blasenwand gelegen haben. Ferner dürfe man aus Tierexperimenten nicht auf die Fähigkeit der Microorganismen, Eiter zu erregen, schließen.

Wiesinger hält den Befund von Microorganismen in der unverletzten Blasenwand für geeignet zur Deutung mancher bisher unerklärlicher Autoinfectionen nach Traumen der Harnblase und umgebenden Gewebe. Mesnil erklärt, der Ausdruck pyogen beziehe sich nur auf die Versuche am Kaninchen. Kramm.

A. Galbraith (Glasgow): **Zwei Fälle von Cystitis.** (Glasgow med. journ. 1894, Oct. — Centralbl. f. Gynäc. 1896, No. 3.)

G. heilte zwei Fälle alter, widerspenstiger Cystitis (bei zwei Frauen im Alter von 37 und 60 Jahren) ohne jede erweisbare Ursache oder Complication auf folgende Weise: Nach leichter Dilatation der Urethra — zukünftig würde er einen langen Ohrenspiegel benutzen — und Cocainisirung der Blaseninnenfläche füllte er die Blase mit Borlintstreifen aus, etwa einem Knäuel wie eine große Orange, und ließ sie mehrere Tage darin. Beide herausgelassenen Enden besorgten die Drainage des Urins. Die Schmerzen waren allerdings am ersten Tage ganz beträchtlich: aber die Fälle wurden geheilt und die Pat. haben, die eine seit vier, die andere seit fünf Monaten, keine Beschwerden mehr. G. glaubt, auf diese Weise der Blase besser absolute Ruhe zu schaffen, als bei Dauerkatheter, und das bei freierer Circulation als in ganz contrahirtem Zustand. Lw.

W. J. Sinclair (Manchester): **Ueber eine neue Methode der Behandlung der Contractur der Blase bei Frauen.** (Med. chronicle, Nov. 1894. — Centralbl. f. Gynäc. 1896, No. 2.)

Sinclair beschreibt zunächst den Zustand, wie er sich bei verschiedener causaler Entstehung, früherem Catarrh, übler Gewohnheit etc. herausbildet, nachdem sich nach und nach die Blase zu einem dickwandigen, kleinen Sack zusammen gezogen hat. Catarrh ist nicht mehr vorhanden, aber die fast vollkommenste Incontinenz. Er kam mit diesen Fällen am besten zum Ziele, resp. zur Heilung, durch allmähliche Ausdehnung der Blase mit Flüssigkeit mittelst einer Spritze, mit welcher sich der Druck gradatim steigern lässt. Diese Methode ist übrigens seit 25 Jahren in Deutschland allgemein gebräuchlich und in den Lehrbüchern überall beschrieben. Die Blasenschrumpfung der Narbenblase etc. aber ist ein seit 100 Jahren bekannter Folgezustand der Cystitis.

K.

Stumpf: **Enuresis nocturna.** (Med. Record 1896, No. 2.)

St. empfiehlt gegen Enuresis nocturna Herabhängen des Kopfes und Hochlagerung des Beckens des schlafenden Kindes. Er hat diese Methode bei 12 Kindern verschiedenen Alters und beiderlei Geschlechts mit dem besten Erfolge angewandt. Casper.

Carter: **Ueber Enuresis nocturna.** (The Lancet, 25. Januar 1896. Verhandlungen der Midland Medical Society. Sitzung vom 15. Januar 1896.)

Carter classificirt derartige Fälle, soweit sie nicht durch Deformitäten oder grobe Erkrankungen des Nervensystems bedingt sind, unter drei Gruppen: 1) periphere Reizung; 2) abnorme Reizbarkeit des spinalen Mictionscentrums; 3) abnorme cerebrale Erregung des Mictionscentrums. Eine wirksame Behandlung ist nur unter Berücksichtigung der Ursache möglich. Namentlich ist hier die gichtische Diathese zu erwähnen. Auch andere Dyscrasien produciren und unterhalten die Enuresis. Von den directen Mitteln hat sich C. die Application eines kleinen Blasenpflasters zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule als erfolgreich erwiesen. Lw.

O. Schaeffer (Heidelberg): **Ein neues Hämostaticum für Gynäkologen und Geburtshelfer: das Ferripyrin.** (Centralbl. f. Gynäk. 1896, No. 2.)

Das Ferripyrin ist verwendbar:

1) als einfaches Hämostaticum bei allen Genitalblutungen, bei denen eine ätzende Wirkung nicht erwünscht ist:

2) als Hämostaticum unter gleichzeitiger Verwertung der adstringirenden Eigenschaften:

3) es ist vor dem Eisenchlorid günstig ausgezeichnet durch seine Verwendbarkeit in Pulverform.

Die gleichzeitig schmerzstillende Eigenschaft verdankt es seiner Verwandtschaft mit dem Antipyrin. Wir hatten bisher kein Pulver, das gleichzeitig schmerz- und blutstillend wirkte, die Secretion beschränkte und keine ätzenden Nebenwirkungen zeigte.

4) Ebenso gefahrlos, wie in die Uterinhöhle, können wir bei Hämaturie das Ferripyrin auch in die Harnblase einspritzen, zumal es den Tenesmus lindert (1—10proc. Lösung), während Liq. ferri sesquichlor. nur 1 : 800 zu brauchen ist.

5) Endlich ist das Ferripyrin in weit größeren Dosen als das Eisenchlorid per os zu geben. Lohnstein.

Ernst Michels: **On prevesical abscess** (Royal med. and chir. Soc., 14. Jan. 1896. — The Lancet, 18. Jan. 1896.)

M. berichtet über vier Fälle der bis dahin nur selten beschriebenen Abscesse im Prävesicalraum, welche besonders hinsichtlich der Diagnose große Schwierigkeiten boten. Er giebt eine kurze Uebersicht über die Anatomie des prävesicalen Raumes und die Aetiologie der Eiterung. Nachdruck zu legen sei auf die Thatsache, daß meistens nicht die Blase oder Prostata, sondern Erkrankungen anderer Beckenorgane die Quelle der Eiterung gäben, besonders die Krankheiten der Beckenknochen. Die Hauptsymptome seien Schmerzen in der Beckengegend, Vermehrung des Urindranges und Bildung eines Beckentumors, der oft eine Ausdehnung der Blase vortäusche. Nach einiger Zeit breche der Eiter durch die Grenzen des Prävesicalraumes durch und breite sich im Becken aus.

Im Anfangsstadium ließen die Symptome keine sichere Diagnose zu, später werde oft eine Neubildung im Becken diagnosticirt. In den vier angeführten Fällen war die Diagnose ebenfalls sehr schwierig; gute Dienste dabei leistete die Probe-Punction. Die Therapie ist schwierig und langdauernd. Trotz Incision und Drainage geht die Eiterung weiter, häufig unter die Bauchdecken. Der Erfolg der Behandlung hängt von der Ursache der Eiterung ab. Oft tritt die Heilung erst nach langer Zeit ein.

In der Discussion berichtet Kenneth McLeod über eigene in Indien gemachte Beobachtungen von prävesicalen Abscessen. Die Diagnose war damals nur mit dem Explorativtroicart möglich, dem

eine lange Incision oberhalb der Symphyse und Drainage gefolgt sei. Die Ausbreitung der wahren Prävesicalabscesse erfolge symmetrisch zu beiden Seiten der Mittellinie; sie seien in Indien niemals eine Folge von Erkrankungen der Harnorgane gewesen, sondern meist mit Malaria verbunden.

Michels meint noch, daß derartige Fälle überhaupt im heißen Klima häufiger zu sein scheinen, da in der deutschen, englischen und französischen Litteratur nur wenige Beispiele angeführt seien. Eine Hauptschwierigkeit in der Stellung der Diagnose liege noch darin, daß die Anschwellung meist zuerst solide und deshalb die Punction zunächst contraindicirt sei. Lw.

Kopfstein: **Demonstration eines Phosphatsteines.** (Verein d. böhm. Aerzte in Prag, Sitz. v. Oct. 1895. — Wiener klin. Rundschau 1896, No. 6.)

K. zeigt einen 164 g schweren, durch Sectio alta gewonnenen Phosphatstein. Der Urin war stark eitrig und stinkend. Es wurde complete Blasennaht gemacht, um die Infection des praevesicalen Raumes durch den Urin bis zum Beginne der Granulation der Wunde zu inhibiren, was auch erreicht wurde. Die Naht hielt fünf Tage, dann granulirte die Wunde bereits und die Infection des Praevesicalraumes wurde vermieden. Heilung verlief glatt. Bk.

L. Ferria: **Variété exceptionelle d'hématurie dans un cas de tumeur de la vessie.** (Ann. des malad. des organ. génito-urin., Bd. XIII, Heft 6. — Centralbl. f. Chir., 1896, No. 1.)

Ein 24jähriger, erblich nicht belasteter Bauer, der nie an Tripper gelitten hatte, erkrankte vor 2 Jahren plötzlich an Blutharnen, das sich zuerst nach 3 Mon. wiederholte, um dann in häufigeren Zwischenräumen aufzutreten. Während in der ersten Zeit der Erkrankung der zuletzt gelassene Urin die größten Blutungen enthielt, änderte das sich später derart, daß bei stark erhöhtem und häufigem Harndrang nur die erste Harnportion blutig war; die zweite und dritte Harnportion waren klar und hatten nur eine geringe blutige Färbung.

Die Operation ergab ein dünngestieltes Papillom an der vorderen Blasenwand, dessen einer aus Zotten bestehender Teil in die hintere Harnröhre hineingewachsen war. Dieses Verhalten erklärt die Eigentümlichkeiten der Hämaturie, die zuerst den Character einer rein vesikalen hatte, dann aber, entsprechend dem Hereinwachsen der Geschwulst in die Harnröhre, mehr und mehr die Symptome einer urethralen Hämaturie annahm. Gr.

Seefisch: **Stichverletzung der Blase von hinten aus.** (Freie Vereinig. d. Chir. Berl., Sitz. v. 9. Dec. 1895. — Therap. Wochenschr. 1896, No. 2.)

Bei einer Messerstecherei empfing P. einen Stich durch das Gefäß in die Beckenhöhle. Die übrigen Stiche waren harmlos. Es trat Blutung aus der A. glutaea inf. auf, man fühlte den Rand des Lig. spinoso- und tuberoso-sacrum. Grosse Eiterung, erschien der Sepsis zu verfallen, doch konnte der Eiter entleert werden. Ausgang in Genesung. W.

K. Cramer: **Ein Fall von Blasenruptur.** Aus der chirurg. Abteilung des Bürgerhospitals zu Köln. (Deutsche med. Wochenschrift, 1896, No. 1.)

Die Prognose der Harnblasenverletzungen mit oder ohne andere complicirende Weichteil- oder Knochenverletzungen ist noch bis in die neuere Zeit hinein eine sehr traurige geblieben. Von 169 Fällen reiner Blasenruptur, die Bartels im Jahre 1878 zusammenstellte, heilten nur 18. Die Einführung der antiseptischen und aseptischen Methoden besserte allmählich die Behandlungsresultate. Rivington fand im Jahre 1882 bei 322 Fällen nur 28 Heilungen, während Schlange im Jahre 1892 32 operativ behandelte Fälle zusammenstellte, von denen 15 geheilt wurden. Lieur publicirte in der Revue de Chirurgie von 1894 52 Fälle, darunter nur 24 mit tötlichem Ausgang. Die Mortalität der traumatischen Blasenzerreißungen ist also in den letzten 15 Jahren von 90 pCt. auf 54 pCt. gesunken.

Man teilt die Blasenrupturen ein in die gefährlicheren intraperitonealen, bei denen das Blaseninnere mit der Peritonealhöhle communicirt, und extraperitoneale und nach Bartels noch in subperitoneale, bei denen die von Peritoneum überzogene Blasenwand zerrissen, das Peritoneum aber intact ist. Für das Zustandekommen der Zerreißungen nimmt man mit Bartels drei Möglichkeiten an: Anprallen eines schweren Körpers gegen die Beckenregion, Aufschlagen des Individuums gegen einen festen Gegenstand und directe Quetschung des Unterleibes durch eine Last. Das Organ reißt um so eher, je stärker die Füllung. Aeußerst selten reißt die Blase durch übermäßige Ausdehnung allein; sie ist dann wohl immer in der Wandung erkrankt.

Die Krankengeschichte des beobachteten Falles ist folgende: 49jähriger Mann kam beim Herabgehen einer Treppe zur Blasenentleerung zu Fall gegen eine Treppenkante. Sofort heftige Schmerzen

im Leib, Urindrang, Anurie. An demselben Tage Aufnahme in's Krankenhaus: Beckenfractur nicht nachweisbar. Leib überall sehr druckempfindlich. Absolute Dämpfung bis zur Höhe des Nabels, seitlich bis zu den verlängerten Axillarlinien. In den abhängigen Partien des Leibes tympanitischer Schall. Bei Lageveränderung keine Schallveränderung. Anurie. Katheter, leicht in die Blase eindringend, entleert ungefähr 400 ccm stark blutiger Flüssigkeit. Per rectum an der vorderen Rectalwand ein nicht besonders gespannter, fluctuirender Tumor, Blase nicht mit Sicherheit fühlbar. Schmerzhafter Harndrang. Kein Fieber. Am folgenden Tage Status idem. Katheter entleert 300 ccm blutiger Flüssigkeit. Temperatur normal. Diagnose: Blasenzerreißung, wahrscheinlich extraperitoneale. Einige Momente sprechen auch für eine subperitoneale Ruptur mit Bildung einer „falschen Blase", einer sinuösen Nebenhöhle. Weiter kam differentiell-diagnostisch in Frage eine Ruptur des Ureters, da, wo er in die Blase einmündet. Ein solcher Fall Bardenheuer's bot fast dasselbe Symptomenbild. Die Diagnose wurde gestellt, weil man in der Wunde bei der Operation deutlich urinösen Geruch wahrnahm und eine Ruptur der Blase oder Urethra ausschließen konnte.

Die Therapie mußte im Aufsuchen und Schließen der zerrissenen Stelle bestehen. Von den exspectativ behandelten Fällen starben 99 pCt. Operation: Suprasymphysärer Querschnitt bis ungefähr zu den Samensträngen. Aus dem prävesicalen Bindegewebe entleert sich wasserklare Flüssigkeit. Die bei extraperitonealen Rissen häufig als Wegweiser zur Rißstelle dienende Blutung aus diesem Gewebe sehr gering. Das pericystitische Gewebe war wie ein Schwamm mit unblutiger, urinöser Flüssigkeit gefüllt. Der Operateur (Bardenheuer) suchte, da vorne kein Riß zu entdecken war, denselben an der hinteren Seite der leeren Blase, stumpf vorgehend und das Peritoneum ablösend und fand ihn nach einstündigem Suchen an der Hinterseite in der Nähe des Fundus. Eine Eingießung in die Blase von Kali hypermang. hatte das Auffinden nicht wesentlich erleichtert. Der Riß war 5,5 cm lang und klaffte 1,5 cm breit. Ränder zerfetzt. Peritoneum intact. Austupfung des ausgetretenen Urins. Extravesicale Schließung des Risses mit Catgutnähten nach Art der Lembert'schen Darmnaht. Tamponade des Cavum Retzii, keine Blasendrainage, kein Verweilkatheter. Ungestörte Wundheilung.

Im Gegensatz zu dieser Operationsmethode ist von Mikulicz, Schlange, König, Güterbock u. A. die Cystotomia suprapubica und das Aufsuchen der rupturirten Stelle vom Blaseninnern empfohlen. Bardenheuer bevorzugt jedoch die extravesicale und extraperitoneale

Blasennaht, auch nach Resectionen und Transplantationen der Blasen wand.

Ueber die Nachbehandlung der genähten Blase nach Rupturen oder den genannten Operationen gehen die Ansichten noch auseinander. Fast alle werden bei jauchiger Cystitis die Blase drainiren. Eine gewöhnliche Cystitis ist keine Gegenindication zur Naht. Selbst bei jauchiger Cystitis empfiehlt der Verf. einen Versuch mit der extravesicalen Blasennaht. Er ist mit Guyon einverstanden, der die Blase offen läßt und nicht drainirt: bei sehr ausgedehnten Nebenverletzungen, bei hochgradigen Veränderungen der Blasenwand und bei sehr starken unstillbaren Blutungen. Auch bei intraperitonealen Blasenrissen empfiehlt Verf. das Bardenheuer'sche extravesicale und extraperitoneale Suchen nach der Rißstelle. Die sichere Diagnose dieser Ruptur bei der Operation wird man nach dieser Methode leichter stellen können, als bei der Sectio alta, und die Methode hat den großen Wert, daß man bei zu spät zur operativen Behandlung gelangten Fällen, wo der Urin bereits in Fäulnis übergegangen ist, die Bauchhöhle nicht unnütz eröffnet und einer Infection aussetzt. — Nach Verschluß des gefundenen Risses soll man eine Blaseneingießung machen, nicht nur um zu sehen, ob die Naht wasserdicht ist, sondern auch, ob man nicht einen zweiten Riß außer Acht gelassen hat. Lohnstein.

A. Poncet (Lyon): **Méat hypogastrique et méat perinéal.** (Sem. méd. 27. Nov. 1895. — Ther. Wochenschr. 1896, No. 2.)

Die erstere Operation (Cystostomie suspubienne) bezweckt die Schaffung einer widernatürlichen Urethra durch die Bauchdecken bei Prostatahypertrophie; die zweite dagegen bildet eine Eröffnung der Harnröhre am Perineum bei impermeablen Stricturen. Als Indicationen für die Cystostomie bezeichnet Poncet zunächst Prostatahypertrophie, dann auch die Notwendigkeit, die überfüllte Blase zu entleeren, ferner unerträgliche Schmerzen zu bekämpfen, weiters Prostatakrebs, inoperable Blasentumoren und Tuberculose der Blase im vorgeschrittenen Stadium symptomatisch zu behandeln. Vor Allem ist das Verfahren jedoch bei Prostatikern indicirt, wenn gleichzeitig eine Strictur besteht, der Katheterismus schwer, unmöglich oder sehr schmerzhaft und von heftigen Blutungen gefolgt ist, d. h. falsche Wege bestehen oder Blasensteine vorhanden sind. Letzteres ist nach Poncet öfters der Fall, als gewöhnlich angenommen wird. Strenge indicirt ist die Operation bei

septischen Zuständen im Gefolge der chronischen Harnretention der Prostatiker.

Die Uréthrostomie périnéale ist bei allen hartnäckigen recidivirenden Stricturen am Platze, die jeder andern Behandlung trotzen und das Leben des Kranken gefährden. Nachher kann die Dilatation der Urethra methodisch vorgenommen werden. Poncet verfügt über 19 derartige Fälle aus der Spitalspraxis. Verf. zieht auch die Cystostomie bei den schweren Zufällen der Prostatiker den Castrationsmethoden und der Ligatur des Vas deferens vor. In einem Falle war er genöthigt, die erstere Operation (Cystostomie) der Unterbindung des Samenstranges folgen zu lassen. Er hält letztere absolut nicht für zuverlässig.

Die Uréthrostomie périnéale giebt sehr befriedigende Resultate, insofern die Patienten aus jeder Gefahr zeitweiser Harnretention sind und förmlich aufleben, nachdem der Harn freien Abgang gefunden hat. Der Meatus perinealis und die abnorme Harnentleerung stört die Kranken so wenig — da sie ja continent sind —, daß sie eine Schließung der Fistel in der Regel entschieden ablehnen. Die Bedenken hinsichtlich der Geschlechtsfunction sind ebenfalls nicht bedeutend genug, um die Operation abzulehnen, und fallen weniger in's Gewicht als bei beiderseitiger Castration. Somit finden beide Methoden ihre strenge Indication behufs Sicherung der Harnentleerung bei schweren Störungen derselben, die auf anderm Wege nicht zu beseitigen sind. K.

Kopfstein: **Complete Blasennaht bei Sectio alta.** Ver. d. böhm. Aerzte in Prag, Sitz. v. Oct. 1895. (Wiener klin. Wundsch. 1896, No. 6.)

63jähriger Pat. mit Oxalatconcrement, sauren, eiterfreien Urin war in der typischen Weise operirt worden; mit Rücksicht auf die Urinbeschaffenheit wurde nach Extraction des Steines complete Naht der Blasenwunde mit Knopfnähten gemacht (wie überhaupt in der Klinik von Prof. Maydl, wenn keine eitrige Cystitis vorhanden ist). Die Heilung wird dadurch bedeutend abgekürzt, nahm in diesem Falle nur 3 Wochen in Anspruch. Auch für den Kranken ist diese Methode angenehmer, da die Benetzung durch aussickernden Harn vermieden ist. K.

———

X. Ureter und Nierenbecken.

a. Ureter.

Auscher: **Anomalie des Ureters.** (Bull. de la Soc. anatom. de Paris, Nov. 1895.)

Der Fall ist bemerkenswert durch eine Entwicklungsanomalie des linken Ureters. Derselbe war vom Austritt aus der Niere bis zur Blase doppelt.
K.

Gaither: **Die Katheterisation der Ureteren bei männlichen Individuen.** (Journ. of cutan. and genito-urinar. diseases. December 1895.)

Bis vor einigen Jahren war man bei der Diagnose von Erkrankungen der männlichen Harnorgane allein auf die Beschaffenheit des Urins angewiesen. Doch ist es aus seiner Untersuchung oft nicht möglich, festzustellen, ob der Sitz des Leidens in der Urethra, in der Blase oder in der Niere sich befindet, und in letzterem Falle, ob beide Nieren, oder nur eine und welche, erkrankt sind. Letzteres ist aber besonders für operative Eingriffe von höchster Wichtigkeit. Seit Einführung der Ureteren-Katheterisation sind diese Schwierigkeiten gehoben; diese Katheterisation sollte speciell vor einer beabsichtigten Nephrotomie und Nephrectomie niemals verabsäumt werden. Die Katheterisation der Ureteren, die nur beim Weibe für möglich gehalten wurde, ist zum ersten Mal von Nitze auch beim Manne ausgeführt worden. Seitdem hat man diese Methode von verschiedenen Seiten zu verbessern gesucht. Die nach Ansicht von G. zweckmäßigste Modification hat James Brown angegeben. Vor der Einführung des Cystoscops, dessen Schaft eine elliptische Gestalt hat, wird die Urethra mit einer Sublimatlösung 1 : 40000 irrigirt und darauf 2 cbcm einer 4proc. Cocainlösung in die Pars posterior, 4 cbcm in die Pars anterior der Urethra injicirt. Meist genügt diese locale Anaesthesie, doch ist zuweilen auch eine allgemeine Chloroform- oder Aether-Narcose erforderlich. Alsdann wird die Blase mit 1 Teil Borax, 2 Teilen Glycerin und 2 Teilen Wasser so lange ausgespült, bis die Flüssigkeit klar abläuft, worauf 100—300 cbcm dieser Flüssigkeit, je nach der Capacität der Blase, injicirt werden. Das Cystoskop wird eine Stunde vor dem Gebrauch in eine 5proc. Carbolsäurelösung gelegt und der Ureteren-

Katheter in ein mit einer 1 promilligen Sublimatlösung getränktes Tuch gewickelt. Vor der Einführung des Cystoscops hat man sich erst noch einmal von dem prompten Functioniren des electrischen Beleuchtungsapparates zu überzeugen. Das Cystoskop wird dann, mit Glycerin bestrichen, eingeführt und um das oculare Ende etwas Verbandwatte herumgelegt, um die wenigen Tropfen der Flüssigkeit aufzufangen, die während der Zeit zwischen dem Herausziehen des Stilets und dem Einführen des Ureteren-Katheters austreten; größere Mengen treten, entgegen der Annahme, nicht aus. Der Ureter der mutmaßlich erkrankten Niere ist zuerst zu katheterisiren. Zuweilen ist die Ureterenöffnung schwer zu finden. Dann lagert man den zu Untersuchenden höher oder niedriger, bezw. vermehrt oder vermindert den Blaseninhalt, wonach dann die Einführung des Katheters meist gelingt. Ist diese Einführung gelungen, so darf man den Katheter nicht mehr aus den Augen lassen. Die ersten Urintropfen erscheinen nach Verlauf von 1—5 Minuten. Das Abträufeln erfolgt intermittirend und in unregelmäßigen Zwischenräumen. Die Tropfen werden in einem sterilisirten Gefäß aufgefangen. Nach 5—10 Minuten hat man genügend Urin zur Untersuchung. Geschieht das Abträufeln des Urins zu spärlich und langsam, so kann man es durch Druck von außen auf die Niere und längs des Ureters beschleunigen. Die Katheterisation der Ureteren gelingt bei einiger Uebung in jedem Falle, wenn die Blase im Stande ist, genügend Flüssigkeit aufzunehmen, um die Ureterenmündungen zu Gesicht zu bringen, und wenn eine vorhandene Cystitis oder Hämaturie nicht so hochgradig ist, daß die eingeführte Flüssigkeit zu schnell getrübt wird. Im Uebrigen ist diese Untersuchungsmethode sowohl in diagnostischer wie prognostischer Hinsicht von größter Bedeutung. So wird bei chronischer Nephritis die Prognose eine viel günstigere sein, wenn man nur eine Niere erkrankt findet. Sind beide Nieren hochgradig erkrankt, so wird man von unnützen Operationen Abstand nehmen und dadurch das Leben des Kranken verlängern. Andererseits wird man bei einer die Körperkräfte aufreibenden Pyelitis oder Pyelonephritis, wenn eine Niere sich als normal erweist, eine lebensrettende Operation vornehmen können. Und wenn eine Niere gering, die andere hochgradig erkrankt ist, so wird man statt der Nephrectomie die Nephrotomie ausführen, wodurch der Function der weniger erkrankten Niere aufgeholfen wird. Ueberhaupt dürfte sich bei regelmäßig ausgeführter Ureteren-Katheterisation die Mortalitätsziffer der Nierenoperationen bedeutend verringern. Löwenthal.

H. Kelly (Baltimore): **Ureterocystotomie 6 Wochen nach einer vaginalen Hysterectomie.** (John's Hopkins Hospital Bullet. 1895, Febr. — Centralbl. f. Gynäc. 1896, No. 3.)

Bei einer vaginalen Hysterectomie wegen Krebs des Cervix hatte der Operateur, Russel, diesen so weit in die Lig. lata ausgedehnt gefunden, daß er die Ligaturen weiter seitlich als gewöhnlich hatte anlegen müssen. Nach rascher Genesung stellte sich heraus, daß sich in der Mitte der Narbe am Gewölbe eine Urethrafistel befand, aus der ein beständiges Harnträufeln stattfand, obgleich sie außerdem willkürliche Harnentleerungen hatte. Einspritzung von Milch in die Blase hatte keinen Einfluß auf das Aussehen des abträufelnden Harns. Bei der Untersuchung mittels des Cystoskops fand K., daß aus der linken Harnleitermündung regelmäßiges Ablaufen des Harns in die Blase stattfand, dagegen nicht aus der rechten Mündung. Eine in diese eingeführte Sonde drang nur 2 cm ein, dann stieß sie auf ein Hindernis. Es wurde hiernach die Einpflanzung des Harnleiters in die Blase beschlossen und 7 Wochen nach der Hysterectomie ausgeführt. Bei Eröffnung der Bauchhöhle fand sich am Beckenboden zwischen Blase und Mastdarm um die Narbe herum Härte und Entzündung, das rechte Ovarium war mit zahlreichen gefäßreichen Verwachsungen an diese befestigt. Daher wurde der Versuch, den Harnleiter hier aufzusuchen, aufgegeben. Er wurde am Beckenrand aufgefunden, indem das Colon in die Höhe gehoben, das Peritoneum eingeschnitten und das Fett bei Seite geschoben wurde. Dann wurde er von seiner Kreuzung mit der Art. iliaca comm. aus hinab in die Beckenhöhle verfolgt und in Länge von 4 cm freigelegt; nur den vordersten, in dem Narbengewebe eingebetteten Teil freizumachen, gelang nicht, er wurde daher abgeschnitten. Das centrale Ende aber nun mit der Blase in Verbindung zu setzen, ohne erhebliche Spannung zu bewirken, war ganz unmöglich. Daher machte K. die Blase von ihren Verwachsungen an den horizontalen Schambeinästen frei und schob sie in den hinteren Beckenabschnitt zurück, wodurch mindestens 3 cm gewonnen und die Vereinigung der Blase mit dem Harnleiterende ermöglicht wurde. Nunmehr wurde eine 3—4 mm lange Oeffnung in die Blasenwand gemacht, der Harnleiter hindurchgesteckt und festgenäht, nachdem er unten 4 mm weit aufgeschlitzt war, um die Lichtung seiner Mündung zur Vermeidung einer Strictur zu vergrößern. Während der Naht wurde das Harnleiterende mittels einer durch die Harnröhre in die Blase eingeführte Zange festgehalten. In den untern Theil der Bauchwunde wurde ein Gazedrain eingeführt, der obere genäht, wobei jede Spannung des Bauchfells und damit Zerrung der Blase vermieden wurde. Heilung ohne Harnabfluß

durch das Drain, das Harnträufeln war sofort und dauernd beseitigt. Bei einer späteren Untersuchung mit dem Cystoskop konnte K. die künstliche Harnleitermündung in der hinteren Blasenwand und den daraus herausquellenden Harn sehen. Löwenthal.

Leon Kryński: **Zur Technik der Ureterenimplantation in den Mastdarm.** (Centralbl. f. Chir. 1896, No. 4.)

Die Wichtigkeit der Implantation der Ureteren in den Mastdarm wird gegenwärtig noch ganz verschieden beurteilt. Während die früheren Versuche mit dieser Operation ungünstige Resultate ergaben (Gluck und Zeller, Bardenheuer, Tuffier, Smiths), sind in der neueren Zeit bessere Erfolge bei der Verbesserung der Operationstechnik erzielt worden (Novaro, Reed, Thomson, Chaput, Maydl).

Um die Gefahr der Niereninfection vom Darminhalte aus zu vermeiden, die ziemlich bedeutend ist und deshalb als wichtigster Vorwurf gegen die Implantation der Ureteren in den Mastdarm angeführt wurde, muß das Operationsverfahren so ausgeführt werden, daß das Eindringen des Darminhaltes in die implantirten Harnleiter möglichst erschwert wird. Die beste Anleitung dazu giebt die Art der Ureterenendigung in der Blase, wo in Folge ihrer schiefen Verlaufes in den Blasenwandungen das Ureterenlumen unter dem Drucke des sich sammelnden Harnes gänzlich verengert und dadurch die Möglichkeit des Rückflusses des Harnes in die Ureteren ausgeschlossen wird.

Verf. betrachtet in Rücksicht hierauf die Implantation der Harnleiter in's Rectum samt einem Teil der Blasenwand für das beste Verfahren. Diese Methode, bestehend in Excision eines elliptischen Stückes der Blasenwand nebst Oeffnungen der beiden Ureteren und Einnähen der excidirten Ellipse in die Rectualwand, hat K. bei einem 23jährigen Pat. mit Ectopia vesicae mit günstigem Erfolge angewandt. Der Pat. befindet sich jetzt, bereits acht Monate nach der Operation, sehr wohl und zeigte bisher keine Symptome einer Nierenaffection.

In den Fällen, wo nur die abgeschnittenen Enden der Harnleiter implantirt werden, ist das Verfahren bedeutend schwieriger, da das einfache Einnähen in die Mastdarmwand eine doppelte Gefahr bietet:

1) Durch das Klaffen des Ureterenlumens dringt sehr leicht Darminhalt ein und verursacht Niereninfection.

2) Die Oeffnung des implantirten Ureters, verengert sich oft und ruft Hydronephrose hervor.

Verf. empfiehlt daher ein durch Versuche an Hunden erprobtes Verfahren, bei welchem er auf der vorderen inneren Fläche des Mastdarmes, gerade unter der Flexura sigmoides, durch Serosa und Mus-

cularis zwei Seiten eines Dreieckes incidirt, von denen die längere längs der Darmachse $2^1/_2$—3 cm lang ist, die kürzere zur Darmachse quere 1 cm. Nach Abpräparirung dieses nur aus Serosa und Muscularis bestehenden Dreieckes macht K. in der darunterliegenden Mucosa eine das Darmlumen öffnende Querincision, nahe der unteren Spitze des Dreiecks. In die Oeffnung schiebt er das schief abgeschnittene Ende des Ureters, dessen Mucosa er mit vier Knopfnähten mit der Mucosa des Rectums vereinigt; dann bedeckt er den so implantirten Harnleiter mit dem abpräparirten Dreiecke.

Verf. hat bei diesem Verfahren nie eine Infection beobachtet, nur darf man das abpräparirte Dreieck nicht zu fest annähen, damit keine Constriction des Uretumerenlens und Harnstauung eintritt.

Beim Menschen hat Verf. dieses Verfahren noch nicht angewandt.

Kramm.

b. Nierenbecken.

H. Kelly (Baltimore): **Pyelitis gonorrhoica und Pyoureter durch Irrigation geheilt.** (John's Hopkins Hospital Bullet. 1895 Febr. — Centralbl. f. Gynäc. 1896, No. 3.)

Verheiratete Frau hat vor 3 Jahren einmal geboren, später Schmerzen beim Harnlassen und noch $^1/_2$ Stunde darnach, Harndrang, Urin verschieden, bald ganz klar, bald mit starkem eitrigen Bodensatz. Außer einem alten Dammriß keine Abnormitäten der Geschlechtsorgane. Beim Palpiren der Harnleiter von der Scheide aus zeigt sich der linke etwas nach dem Beckenboden verschoben und härter als normal. Bei der Untersuchung durch ein Speculum finden sich leichter Grad von Cystitis und kleine papilläre Wucherungen. Durch den Urethralkatheter wird aus dem linken Harnleiter Eiter entleert: doch gelingt es in einer großen Zahl von Sitzungen nicht, den Katheter weit hineinzuschieben, bis endlich durch eine zufällige Bewegung derselbe hineingleitet. Nun gelingt dies denn auch allmählich jedes Mal: es wird nun stets Urin entleert und zwar bis 130 ccm.

Hieraus geht hervor, daß es sich um einen oberhalb einer Strictur entstandenen Pyoureter mit Pyelitis handelt. Es wird dann an dem Katheter ein Gummirohr mit Trichter angebracht und in der Knie-Ellbogenlage antiseptische Flüssigkeit eingeflößt, welche durch Senken des Trichters bei gleichzeitiger Erhebung des Leibes wieder zum Ablaufen gebracht wird. Schon nach einigen solchen Ausspülungen wird Erleichterung, nach mehreren weiteren Sitzungen allmählich Heilung erzielt, wobei

immer stärkere Nummern des Katheters zur Anwendung kommen, um die Strictur zu erweitern, zugleich wird der Verlauf des Ureters massirt. Bei der Untersuchung des anfänglich entleerten Harns waren Gonococcen gefunden worden, welche endlich ganz verschwanden. Casper.

XI. Niere.

Albarran: **Etude sur le rein mobile.** (Ann. des mal. des organ. gén.-urin 1895, No. 7 u. 8. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 1.)

Verf. bespricht in dieser ausführlichen Arbeit die Pathogenese der Symptome, die Indicationen für die Operation und die operative Technik bei der Wanderniere. Wir können aus dieser Abhandlung nur einige Hauptsachen kurz anführen.

Nachdem Verf. darauf hingewiesen hat, daß zwischen dem Grade der Beweglichkeit der Nieren und der Schwere der durch sie angeblich veranlaßten Symptome keinerlei Verhältnis besteht, bespricht er nacheinander die drei hauptsächlichsten Störungen — Schmerz, nervöse Erscheinungen, Verdauungsstörungen —, die den Kranken zum Arzte treiben.

Vier Behandlungsmethoden sind gegen die Wanderniere vorgeschlagen worden, die Massage, orthopädische Apparate, die Nephrectomie und Nephrorrhaphie. Die Nierenexstirpation verwirft Verf. natürlich bei nicht complicirter Wanderniere: nur bei bestimmten Erkrankungen der beweglichen Niere, oder wenn die Fixation mehrere Male ohne Erfolg ausgeführt worden ist, soll diese eingreifende Operation in Frage kommen. Die Operation der Wahl ist jedenfalls die Nephrorrhaphie, die aber stets nur dann vorgenommen werden soll, wenn orthopädische Maßnahmen, das Tragen einer gutsitzenden Leibbinde nicht zum Ziele geführt haben. Eine gute Nephrorrhaphie muß folgende Bedingungen erfüllen: sie darf keine Gefahr für den Patienten in sich schließen, sie muß Gewähr leisten für eine sichere Fixation der ganzen Niere und für einen ungestörten Abfluß des Urins; sie darf endlich das Nierengewebe so wenig wie möglich gefährden.

Was die operative Technik der Nephrorrhaphie anlangt, so verwirft Verf. mit Recht alle complicirten Operationsmethoden, wie die von Lloyd, Schilling und Anderen. Am meisten empfiehlt sich das Verfahren von Guyon, wobei die Niere ohne „Dekortikation" der

Nierensubstanz fixirt wird. Die Befestigung ist ebenso sicher, als wenn die Nierenkapsel abgelöst wird, und jedenfalls fehlen dann sklerotische Veränderungen der Nierenrinde, wie Verf. sie bei seinen experimentellen Untersuchungen nach der „Dekortikation" gefunden hat.

Verf. verfügt im Ganzen über 371 Fälle von Nephrorrhaphie, von denen 56 bisher noch nicht veröffentlicht worden sind. Von den hierbei beobachteten 7 Todesfällen können nur 4 der Operation als solcher zur Last gelegt werden. Die Nephrorrhaphie mit intraparenchymatöser Naht ergiebt 78 pCt. Heilungen. Am günstigsten beeinflußt durch die Operation wird der Schmerz, am wenigsten beeinflußt werden die verschiedenen nervösen Symptome. K.

W. Vissmann (New-York): **The action of the diphteria antitoxin upon the kidneys.** (Med. record 1895, Sept. 14. — Centralbl. f. innere Med. 1896, No. 3.)

Ueber die Wirkung des Diphtherieantitoxins auf die Nieren hat Verf. Tierversuche angestellt. Die erste Serie enthielt zwei Gruppen. Die Tiere der ersten (3- bis 4½ pfündige Kaninchen) erhielten eine Injection von 0,01 Antitoxin, die der zweiten eine von 0,02. Den Tieren der zweiten Serie wurde an drei auf einander folgenden Tagen je 0,01 injicirt. An der Injectionsstelle zeigte sich stets eine Anschwellung, welche auf Druck schmerzhaft war. Das Allgemeinbefinden schien nach der Injection gut. Leber und Milz waren leicht geschwollen und röter als normal. Die Nieren (der 24 Stunden nach der Injection getöteten Tiere) waren sehr fest und dunkelrot. Die Rindensubstanz war stärker injicirt, opak und prominirender als die blasse Marksubstanz. Mikroskopisch zeigten sich die Malpighi'schen Körperchen und die Capillaren durch Blut erweitert, die Epithelien granulirt ohne sichtbaren Kern, der erst durch Essigsäurezusatz deutlich wurde. Die Injection der Blutgefässe und die trübe Schwellung nahmen zu, je längere Zeit seit der Antitoxininjection verflossen war. In der zweiten Versuchsreihe war die Blutfüllung eine stärkere, auch Hämorrhagien wurden in den Tubuli beobachtet, ebenso auch die trübe Schwellung. Fettmetamorphose der Epithelien trat nicht zu Tage. Es handelte sich hier also um acute Nephritis. K.

Huchard: **De l'action diurétique de la Théobromine dans les maladies des reins et du coeur.** (Soc. de Thérap., 8. Jan. 1896. — La Semaine méd. 1896, No. 3.)

Huchard verschreibt das Theobromin in folgender Weise: Am ersten Tage 3 g in 6 Pulvern à 0,5, am zweiten Tage 4 g in 8 Pulvern

à 0,5, am dritten Tage 5 g in 10 Pulvern in 10 Dosen; mit dieser Dose wird 3—4 Tage fortgefahren. Bei gewissen Herzaffectionen giebt er nach dem Theobromin noch $^1/_2$—1 mg Digitalin pro die. Wenn man in dieser Weise das Theobromin nicht über 5 g pro die und nicht über 0,5 g pro dosi steigert, erhält man keine unangenehmen Nebenwirkungen, höchstens etwas Kopfschmerz und nur sehr selten Störungen von Seiten des Magens. Das Theobromin gehört zu der Classe der Diuretica, welche unmittelbar auf das Nierenepithel wirken, und ohne es zu alteriren, seine Function erhöhen; es ist besonders wirksam bei Störungen der Herzthätigkeit infolge von Arterienerkrankungen, bei Herzfehlern, welche mit Nierenveränderungen complicirt sind, bei Asystolie und bei der interstitiellen Nephritis. Das Theobromin hat keine cumulirende Wirkung, ist nicht toxisch; man erzielt damit sehr oft einen Effect, wo Digitalis und Caffein versagt haben. R—s.

J. E. Abelous und Bardier: **Sur quelques symptomes d'une néphrite expérimentale.** (Sitzung der Société de Biologie in Paris vom 25. Januar 1896. Semaine médicale No. 6.)

A. und B. riefen durch Aetzung der Nierenoberfläche von Tieren mit starken Lösungen von Argentum nitr. parenchymatöse Nephritis hervor. Außer Oligurie und starker Albuminurie beobachteten sie 1) psychische Störungen, die sich durch erhöhte Reizbarkeit des Tieres, intendirte Abwehrbewegungen, verminderte Reflexe etc. äußerten, 2) Veränderungen in dem Typus der Atmung. Die Symptome schwanden beim Nachlassen der nephritischen Erscheinungen. Auch bei einseitiger Aetzung der Niere stellte die andre — wohl reflectorisch — zeitweise ihre Function ein. Kantorowicz.

R. A. Gibbons: **Renal colic in infants.** (Royal med. and chir. Soc., 14. Januar 1896. — The Lancet, 18. Januar 1896.)

G. berichtet über das Vorkommen von Nierenkolik bei Kindern im Alter von 9—23 Monat. Niemals wurde ein Nierenstein gefunden, jedoch stets ein Ueberschuß von freier Harnsäure und geringe Mengen einer kalkartigen, aus Harnsäure bestehenden Masse. Immer waren in den Familien der Kinder Erkrankungen an Gicht vorhanden.

Nach G. verdienen folgende Punkte Beachtung:

1) das plötzliche Einsetzen der Symptome in allen Fällen:

2) der Mangel jeglicher Urinveränderung vor dem ersten Anfall;

3) das alleinige Vorkommen dieser Erscheinungen bei Kindern aus Familien mit Gichterkrankungen.

In der sich anschließenden Discussion hielt Hutchinson diese Fälle nicht für reine Nierenkoliken, da zunächst die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Darmkoliken sehr schwer sei, und ferner niemals Nierensteine gefunden seien. Seltsam wäre es dann, daß niemals Kinder reicher Leute — die doch bei Gichterkrankungen hauptsächlich in Frage kommen — an Blasensteinen litten, hingegen oft an Harnsäureüberschuß. Therapeutisch sei solchen Kindern viel Tafelsalz zu geben, um die Säure zu lösen.

Gibbons erwidert, daß in den erwähnten Fällen es unmöglich gewesen sei, Tafelsalz zu geben, daß er aber auch den Gebrauch desselben für sehr wertvoll halte. K.

Lueck: **Pilocarpine for acute Nephritis in Children.** (Therapeutic Gazette 1895, XVIII. 733. — Pediatrics 1896, No. 1.)

Lueck empfiehlt bei acuter Nephritis von Kindern neben absoluter Bettruhe die Anwendung von Pilocarpin in Dosen von 0,3—0,5 g 3—4 stündlich, ausserdem Limonade von Cremor tartari in beliebiger Menge, auf die Nierengegend Umschläge und Unterstützung der Herzthätigkeit durch geeignete Mittel. K.

T. Vachell and R. Paterson: **Acute Nephritis from sewer air poisoning.** (Brit. med. Journ. vol. I u. II, 1881. — Oest.-Ung. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1895, No. 25.)

Vor einer Reihe von Jahren hat Georg Johnsohn die Aufmerksamkeit auf Nierenerkrankungen infolge von Kanalgas-Vergiftung gelenkt. Verf. berichten nun über vier Fälle von acuter Nephritis, die nach ihrer Meinung auf dieselbe Ursache zurückzuführen seien. Drei von diesen Fällen kamen in einem Hause vor, dem gerade gegenüber ein offener Kanallüftungsschacht lag, so daß in dem Hause fast ständig, besonders aber in der heissen Jahreszeit ein sehr übler Geruch nach Kanalgasen bemerkbar war. Schon vorher war in demselben Hause ein Fall von chronischer Nephritis constatirt worden. Die vierte Erkrankung betraf einen Mann, der in nächster Nähe des ersten Hauses wohnte. Irgend welche sonstige Ursachen für die Nephritis konnten nicht aufgefunden werden. Bemerkenswert ist noch, daß die vier Erkrankten erst seit kurzer Zeit dort wohnten. Casper.

Jos. Gossmann: **Zur Casuistik der typischen Schwangerschaftsniere.** (Münch. Med. Woch. 1895, No. 26. — Wien. Med. Woch. 1896, No. 2.)

In dieser nach einem in der Münchener gynäkologischen Gesell-

schaft gehaltenen Vortrage entstandenen Mitteilung giebt Verf. die ausführliche Krankengeschichte einer Frau, die an einer typischen Schwangerschaftsniere litt. Die Frau ist XIIIpara, hat das erste Mal in der fünften Schwangerschaft Albuminurie gezeigt, war dann vollkommen genesen. Die Schwangerschaftsniere recidivirte aber noch bei acht weiteren Schwangerschaften. Nur in der zehnten Schwangerschaft blieb die Frau von der Krankheit verschont. Nie zeigte sich Eklampsie oder ein anderes urämisches Symptom bei ihr. Nach der Geburt ging die Albuminurie immer rasch zurück, zum Beweise, daß das Nierengewebe intact geblieben und die Nierenaffection blos auf Kreislaufstörung beruhte. Man darf diese typische Schwangerschaftsniere nicht mit der eklamptischen Niere zusammenwerfen. In jeder Gravidität trat die Krankheit von Neuem auf, fortdauernde, chronische Nephritis war ausgeschlossen. Die Einleitung der Geburt war in dem mitgeteilten Falle nur durch heiße Vaginaldouchen zweimal überraschend leicht gelungen.

Gr.

Dr. Mynlieff-Brenkelen: **Dies und jenes über Nephritis gravidarum und deren Behandlung.** (Der Frauenarzt, Januar 1896.)

Die vorliegende Abhandlung enthält weitere Angaben über den äußerst ungünstigen Einfluß einer Schwangerschaft auf eine bestehende Nierenaffection, worüber Verf. bereits in zwei früheren Arbeiten auf Grund seiner an fünf Fällen gemachten Erfahrungen berichtet hatte. Seinen gegenwärtigen Mitteilungen liegt die weitere Verfolgung zweier früheren Fälle, sowie ein neu hinzugekommener Fall zu Grunde. Die ersteren sind ganz besonders dazu geeignet, den verderblichen Einfluß einer eingetretenen Gravidität auf den Verlauf der bestehenden Nierenaffection zu illustriren. Beide Frauen waren bereits mehrere Jahre hindurch frei von Beschwerden gewesen, als sie concipirten und wiederum unter urämischen Erscheinungen erkrankten. Trotz aller Mittel konnte das Fortschreiten des Nierenprocesses diesmal nicht mehr aufgehalten werden; das Albumen im Urin nahm immer zu, und die Kranken gingen schließlich nach wiederholten urämischen Anfällen zu Grunde. Auch der ungünstige Einfluß der Nierenaffection auf den Verlauf der Schwangerschaft kam in diesen beiden Fällen mit besonderer Präcision zur Geltung, indem durch die Urämie jedes Mal der intrauterine Tod des Fötus verursacht wurde.

Der neue Fall betrifft eine 44jährige VII-para, welche den Verf. wegen unerträglicher Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Uebelkeit und

Verminderung des Sehvermögens consultirte. Patientin, im 6. Monat gravid, sah wachsbleich aus. Antlitz, Augenlider, Hände leicht, Füße stärker ödematös. Schleimhäute der Lippen und Augen sehr blaß, Zunge belegt, Atmung oberflächlich, Puls klein, frequent, 94. Der Bauch sehr umfangreich, starker Hängebauch, Bauchdecken, Genitalia externa leicht geschwollen. Herztöne der Frucht nicht zu vernehmen. Urin sparsam, spec. Gew. 1020, Albumen 5 g pr. Liter. Mikroskopisch: hyaline körnige Cylinder, weiße Blutkörperchen. — Da Nephritis unzweifelhaft vorlag, wurde Bettruhe, absolute Milchdiät und ein Inf. fol. dig. c. Kalii acet. und Abends 1 Glas Hunyadi János verordnet. Am folgenden Tage leitete Verf. wegen der hinzugetretenen Erscheinungen urämischer Intoxication energische Diaphorese mittelst Heißluftbades ein (Pilocarpin konnte wegen erheblicher Debilitas cordis nicht angewendet werden). Die Intoxicationserscheinungen gingen hierauf zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich, der Eiweißgehalt ging allmählich auf die Hälfte herab, ebenso verminderte sich die Zahl der Cylinder. Ersetzung der Milchdiät durch gemischte Kost und der Diuretica durch Extr. Cinchon. liq. de Wry. — Nach 7 Wochen Geburt eines stark macerirten hydrocephalischen Fötus. Tadelloses Wochenbett. Der Eiweißgehalt des Urins nahm rapide ab und nach 5 Wochen war der Harn vollkommen eiweißfrei. Unter roborirender Diät glatte Reconvalescenz und Herstellung. Was die Prophylaxe anlangt, so ist Verf.'s feste Ueberzeugung, daß bei an chronischer Nephritis Leidenden eine Schwangerschaft unbedingt verhütet werden muß. Betrifft es Jungfrauen, so ist die Heirat zu verbieten. Dem vorliegenden Nachtrag zu den früheren Angaben des Verf.'s über die Nephritis gravidarum liegt nur die Behandlung der letzteren zu Grunde, für welche sich in den letzten Jahren neue Anschauungen geltend gemacht haben.

Was die eigentliche Therapie anbelangt, so hat man bei der Nephritis gravidarum zwei Fragen zu berücksichtigen: 1) Hat man es mit einem Falle von acutem oder chronischem Nierenleiden zu thun und 2) zu welchem Zeitpunkte wird unsere Hilfe requirirt. Eine acute Nephritis fällt in das Gebiet der inneren Medicin. Nur wenn das Uebel in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten entdeckt wird, ist der künstliche Abort erwünscht, namentlich wenn absolute Milchdiät innerhalb 8—10 Tagen ohne Wirkung bleibt. Man darf sich zu der Herbeiführung eines künstlichen Abortus mit um so ruhigerem Gewissen entschließen, da die Frucht so wie so bei dieser Krankheit der Mutter entweder in utero abstirbt, oder mit äußerst schwacher Lebensfähigkeit zur Welt kommt. Meist kommen die Patientinnen zum Arzt erst dann, wenn der Krankheitsproceß eine erhebliche Höhe erreicht hat, da die

ersten Symptome gewöhnlich den Folgen der Schwangerschaft zugeschrieben werden. In einem späteren Stadium der Gravidität stehen Regelung der Diät und hygienische Maßregeln im Vordergrunde; bei hohem Eiweißgehalt und drohenden Symptomen von Urämie ist absolute Milchdiät indicirt, welche außer curativer Wirkung auch einen Wert als Prophylacticum gegen urämische Anfälle besitzt. Um die diuretische Wirkung der Milch zu erhöhen und sie leichter verdaulich zu machen, setzt man irgend ein Mineralwasser hinzu. Bei Widerwillen gegen die Milch sucht man dieselbe durch Zusatz von Kirschwasser, Cognac, Rum oder Aq. lauroceras. den Patientinnen angenehmer zu machen. Man kann die Kur ferner unterstützen durch Diuretica, besonders bei Hydrops, während über den Nutzen der Laxantia die Ansichten noch geteilt sind. Neben der Diurese leistet auch die Diaphorese vorzügliche Dienste bei hydropischen Zuständen, namentlich wenn sie durch hydrotherapeutische Proceduren erzeugt wird. Besonders wirksam sind warme Bäder mit einer Anfangstemperatur von 37° C., die durch Zusatz von heißem Wasser allmählich bis auf 42° erhöht wird. Nach dem 25—30 Minuten dauernden Baden wird die Patientin zum Nachschwitzen in wollene Decken gehüllt. Sollte es aus irgend einem Grunde unmöglich sein, ein Bad anzuwenden, so können nasse Einpackungen gewissermaßen als Ersatz gelten; am nützlichsten sind jedoch die modernen Dampfschwitzapparate.

Die obige Behandlung erstrebt, die Permeabilität der Niere wieder herzustellen, die circulirenden Toxine aus dem Körper zu entfernen. Durch Sauerstoffinhalationen (30 Liter p. d. und mehr) sucht man noch die Gifte in dem Blute selbst zu vernichten.

Sollte diese Therapie resultatlos verlaufen, so sucht man die Diurese durch subcutane Injectionen von sterilisirter Chlornatriumlösung (500—1000 g) herbeizuführen. Verschiedene Autoren wenden die Combination dieses Verfahrens mit Venaesectio an, deren Nachteile — die Verminderung des Blutdrucks — durch unmittelbar folgende Chlornatriuminjection aufgehoben werden.

Bei chronischer Nephritis hält Verf. den Abortus artificialis für indicirt wegen der steigenden Gefahren für das mütterliche Leben, der schnelleren Weiterentwicklung des Krankheitsprocesses, der großen Neigung zu Blutungen und Abort. In den späteren Schwangerschaftsmonaten ist die künstliche Frühgeburt an einem dem kindlichen Leben möglichst günstigen Zeitpunkte vorzunehmen, wenn nicht aus früheren Schwangerschaften erfahrungsgemäß feststeht, daß das Absterben der Frucht zu einer bestimmten Zeit stattzufinden pflegte, so daß man vor diesem Zeitpunkte einzugreifen hätte. Jedoch ist immer von dem

Grundsatze auszugehen, daß das Leben der Mutter unter allen Umständen dem Leben der Frucht vorgeht. Lohnstein.

Sapelier: **Behandlung der Bright'schen Nierenkrankheit.** (Bull. gen. de Thérap. — Centralbl. f. inn. Medic. 1895, 50. — Ther. d. Gegeuw. 1896, 1.)

Bei der Behandlung des Morbus Brightii ist in erster Linie Wert auf die allgemeine Lebensweise und die Ernährung des Pat. zu legen. Bei acuten Anfällen ist Bettruhe dringend notwendig. Der Kranke liegt zwischen Wolldecken, deren eine auf der Matratze ausgebreitet ist, während die andere als Decke dient. Besteht Atemnot, so muß der Kranke im Stuhl vor jeder Erkältung bewahrt werden. Allmorgendliche Abreibungen mit trockenen Wollhandschuhen sind von Vorteil, warme und Dampfbäder am besten gänzlich zu verbieten. Gelinde Bewegung, niemals bis zur Ermüdung, ist anzuraten (kein Radfahren!). Frauen mit Bright'scher Krankheit dürfen nicht heiraten oder wenigstens nicht schwanger werden, Männer müssen im Geschlechtsverkehr sehr mäßig sein. Tabak und Alkohol sind gänzlich zu verbieten. Milch ist die Hauptnahrung des Kranken, während acuter Anfälle seine einzige Nahrung. Mit zwei Litern ist zu beginnen, um allmählich auf drei zu steigen; alle 2—3 Stunden sind 200—300 g langsam zu trinken. Nach dem Schwinden des acuten Anfalles, oder wenn die Milch nicht mehr vertragen wird, ist vegetarische Diät am Platze. Ist die Gesundheit weiter vorgeschritten, so ist noch etwas Fleisch zur Nahrung hinzuzufügen. Schweinefleisch wird besser als Kalbfleisch vertragen. Besonders schädlich ist Biergenuß; Wein mit Wasser, der von einzelnen Aerzten gestattet wird, nützt dem Kranken nicht und bildet nur eine Versuchung und Gefahr für ihn. Sapelier verbietet daher Wein gänzlich, gleichfalls Schnaps. Von den zahlreichen gegen Morbus Brightii empfohlenen Heilmitteln läßt Sapelier nur Abführmittel, Digitalis, Coffeïn, Theobromin, vielleicht Jodpräparate und Ableitungsmittel gelten. Bei urämischen Erscheinungen sind starke Abführmittel, sonst schwächere am Platze. Die Behandlung eines jeden Anfalles hat mit Purgantien zu beginnen; Sapelier empfiehlt Scammoniumpulver 0,5—1,0 pro dosi, in der Nierengegend ein Senfpflaster, trockene Schröpfköpfe; Vesicatore oder Tinct. jodi. sind contraindicirt.' Bei starken Delirien, Krämpfen Aderlaß, bei Herzschwäche subcutane Injectionen von Coffeïn, bei Oedemen, Herzerweiterung Digitalis, Theobromin, bei Reizbarkeit des Nervensystems Chloral, Bromkali, Morphium, bei Erbrechen Magenausspülung,

bei serösen Ergüssen Punctionen, in der Zwischenzeit kleine Dosen Jodkali. K.

Barrs: **Ein Blasenausschlag bei Urämie.** (The Brt. Jrl. of Dermatology, January 1896.)

Verf. berichtet über ein eigenartiges Exanthem bei einer urämischen Patientin. Es handelte sich um grössere und kleinere Blasen, die den ganzen Stamm, besonders aber die Extremitäten, von denen sie ausgegangen waren, befallen hatten. Das Exanthem verbreitete einen unangenehmen Geruch. Bei der Section wurde die Diagnose einer chronischen parenchymatösen Nephritis bestätigt. Dreyer.

G. Zuelzer: **Ueber die Alloxurkörperausscheidung im Harn bei Nephritis.** (Berl. klin. Wochenschr., 1896, No. 4.)

Kolisch hatte behauptet:

1) Die Summe der Alloxurkörper (Harnsäure und Xanthinbasen) bleibt beim Nierenkranken normal.

2) Das Verhältnis zwischen Harnsäure und Xanthinbasen wird bei Nierenkranken so verschoben, daß erstere nur in stark verringerter Menge ausgeschieden wird, während die Alloxurkörper auf Kosten der Harnsäure vermehrt sind. Die Harnsäure ist also absolut und relativ vermindert.

Hierauf gründete Kolisch die Behauptung, daß die Niere der Ort der Harnsäurebildung sei.

Dem gegenüber kann Z. nach seinen Untersuchungen die Beobachtungen der früheren Autoren bestätigen, daß sich bei Nephritis in der Regel annähernd normale Harnsäurewerte finden. Ferner kann zwar das Verhältnis Alloxurbasen: Harnsäure, bei Nephritis enger werden als normal, aber es ist dies nicht die Regel, so daß sich alle weiteren Schlüsse daraus verbieten. K.

Kolisch: **Das Verhalten der Alloxurkörper im Harn bei Nephritis.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitz. vom 14. Febr. 1896. — Wien. klin. Rundsch. 1896, No. 8.)

Kolisch unterzieht die von Zülzer (Berl. klin. Woch. 1896, No. 4) mitgeteilten Untersuchungen über die Ausscheidungen der Alloxurkörper bei Nephritis einer eingehenden Kritik. Durch analytische Fehler verlieren die Zahlen Zülzer's sehr an Wert. K. beschreibt ausführlich seine Untersuchungsmethode und teilt zur Ergänzung noch die — bisher nicht veröffentlichten — Ausscheidungswerte der Alloxurkörper von 7 Fällen von Nierenerkrankung (1 Mal Nephrit.

acut. rheumat., 3 Mal Nephrit. chron. parench., 1 Mal Nephrit. chron. mixt., 1 Mal Schrumpfniere, 1 Mal Amyloidniere) mit: der Basenstickstoff schwankt zwischen 0,12 und 0,21 g, der Harnsäurestickstoff zwischen 0,09 und 0,28 g. Diese Zahlen entsprechen den früheren Untersuchungsresultaten von Kolisch, sowie von A. **Baginsky** und den neueren von Weintraud (Wien. klin. Rundsch. 1876, No. 2).

In der Discussion teilt Freund seine diesbezüglichen Erfahrungen mit. In 12 Fällen von Morbus Brightii schwankte der Stickstoffwert der Harnsäure in 11 Fällen zwischen 0,07 und 0,17 g, der Stickstoffwert der Alloxurbasen zwischen 0,04 und 0,12 g. F. findet somit die Angaben Kolisch's von der relativen Steigerung der Alloxurbasenwerte gegenüber den Harnsäurewerten bei Nephritis bestätigt. Die differenten Resultate Zülzer's sucht F. aus dem Wechsel der Nierenfunction und dem klinischen Verlauf der Nephritis zu erklären.

Lw.

Eichhorst: **Nephrolithiasis im Anschluss an eine acute Gastro-Enteritis.** (D. med. Woch., 28. Nov. 1895.)

Ein 10jähriger Knabe litt an einer epidemischen Gastro-Enteritis mit Fieber, Erbrechen, Durchfall und Leibschmerzen; 3 Tage danach, als alle Symptome schon verschwunden waren, bekam der kleine Patient stechende Schmerzen gegen Ende der Miction und Schmerzen in der Eichel, hinter der Symphyse und in der Nierengegend, besonders linkerseits. Am folgenden Tage nahmen die Schmerzen zu, der Urin war schmutzig-braun, enthielt zahlreiche harte gelbrote Concretionen, reichlich Albumen, Schleim und zahlreiche Harnsäurecrystalle. Am nächsten Tage ließen die Schmerzen vollständig nach und der Urin wurde wieder normal. Seitdem hat der Knabe keinen Anfall wieder gehabt.

Bei Kindern mit Gastro-Intestinal-Störungen beobachtet man nicht selten beträchtliche Mengen von Harnsäurecrystallen, welche mit schmerzhaftem Gefühl verbunden sein können; in diesem Falle ist aber bemerkenswert die außerordentlich acute Bildung von Nierensteinen, ebenso wie ihr schnelles Verschwinden.

Verf. erwähnt noch zwei andere Fälle, welche junge Leute betrafen, bei denen er unter dem Einflusse anderer Ursachen auch eine fast plötzliche Bildung von Nierensteinen beobachtet hatte. Der Genuß einer auch nur kleinen Menge von Weißwein (1/4 Glas) führte bei ihnen regelmäßig und in sehr kurzer Zeit einen Anfall von Nierenkolik herbei, der mit der Ausscheidung von Harnsäuresteinen endete. Rotwein und Bier konnten ungestraft genossen werden, wenn die jungen Leute keinen Weißwein tranken, waren sie frei von allen Symptomen der Niere.

Gr.

Chrétien: **Zwei Fälle von cystischer bezw. atrophischer Niere.** (Soc. anat., Nov. 1895.)

Im ersteren Falle finden sich noch normale Partien, in denen das Nierenepithel intact ist, aber diese Stellen sind von geringer Ausdehnung und ringsum von breiten bindegewebigen Gewebspartien umgeben, in denen man nichts von der ursprünglichen Structur der Niere mehr erkennen kann.

Im zweiten Falle sind die Veränderungen noch weiter fortgeschritten. Man sieht nur Bindegewebe und nirgends mehr Nierenzellen.

Bemerkenswert ist noch, daß die Pat., die an Meningitis tuberculosa starb, bei Lebzeiten niemals Symptome darbot, die auf so weitgreifende Veränderungen hätten hindeuten können. K.

D. Newmann (Glasgow): **On intermittent Hydronephrosis and transient albuminuria in cases of movable kidneys.** (Clin. Soc. of London, 10. Jan. 1896. — The Lancet, 18. Jan. 1896.)

N. beschreibt vier Fälle, von denen er bei zweien die Nephrorrhaphie zur Heilung vorübergehender Hydronephrose und bei zweien zwecks Hebung der Torsion der Nierengefäße machte, welche Albuminurie und das Auftreten von Harncylindern im Urin zur Folge hatte.

1. Fall: Vorübergehende Hydronephrose und leichte Albuminurie mit heftigen Schmerzanfällen. Es zeigten sich alle characteristischen, auch physicalischen Symptome der Wanderniere mit heftigen Schmerzanfällen, anfangs seltener, später häufiger und plötzlich. In der letzten Zeit dauerten sie 24 Stunden, während welcher Zeit sich über 1 Liter Urin im Nierenbecken sammelte. Nach Abfluß desselben schwanden die Schmerzen allmählich.

2. Fall: Wanderniere rechts mit Hydronephrose durch Abknicken des Ureters, keine Albuminurie. Die Operation war von Erfolg. Die Hydronephrose trat alle paar Tage auf und hatte oft eine Ansammlung von ca. $1^1/_2$ Litern Urin veranlaßt.

3. Fall: Wanderniere rechterseits mit Abknickung der Nierengefäße, Hydronephrose, Albuminurie und Auftreten von Harncylindern im Urin. Oft trat mit den heftigen Schmerzen gleichzeitig Hydronephrose ein, oft erst später oder gar nicht, jedoch stets erhöhte sich das specifische Gewicht des Urins bedeutend, gleichzeitig zeigte der Urin Albumen und Harncylinder. Nach der Operation verschwanden das Eiweiß und die Harncylinder aus dem Urin.

4. Fall: Wanderniere links mit Torsion der Blutgefäße, Albuminurie, Fund von Harncylindern im Urin, heftigen Schmerzen und Urinver-

haltung, aber niemals Hydronephrose. Operation mit Erfolg. Die Niere zwar frei beweglich, aber keine Störungen mehr.

Wp.

Paul Wagner: **Zur Kenntnis der traumatischen Hydronephrose.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexual-Org. 1896, No. 1.)

Verfasser konnte nur zehn sichere Fälle von traumatischer Hydronephrose zusammenstellen. Der Entstehungsmechanismus der Erkrankung ist verschieden: Entweder verlegen Blutgerinnsel oder Nierensequester das Lumen des Ureters, oder narbige Schrumpfungen nach Rißwunden verengen den Harnleiter, endlich können Wandernieren durch Abknickung des Ureters zur Hydronephrose führen. Aus der traumatischen Hydronephrose entsteht durch Infection die traumatische Pyonephrose. Gegenüber der häufigeren Pseudohydronephrose, bei der die Ansammlung von Urin und Blut im retroperitonealen (perirenalen) Gewebe erfolgt, ist die Geschwulst der H. wenig diffus und ausgedehnt, deutlicher abgrenzbar, weicher und beweglicher und entsteht meist nicht im unmittelbaren Anschluß an das Trauma.

Die Behandlung besteht bei vollständigem Nierenschwund in der Nephrectomie. Sonst wird die Nephrotomie gemacht, der bei mangelnder Durchgängigkeit des Ureters die Freilegung desselben mit Incision der Strictur und nachfolgender querer Naht, oder die Resection des Ureters, oder endlich die Neueinpflanzung des resecirten Ureters in das Nierenbecken folgen. Bei den nach Wanderniere entstandenen secundären traumatischen Hydronephrosen wird zunächst die Nephropexie vorgenommen.

Dreyer.

Oliver: **Ueber einen Fall von Hydronephrose.** (The Lancet, 25. Januar 1896. Verhandlungen des Northumberland and Durham Medical Society. Sitzung vom 9. Januar 1896.)

Das Leiden begann mit einem Gefühl von Spannung im Abdomen, das sich bald in wirkliche Schmerzen, mit öfterem Erbrechen, umwandelte. Innerhalb zwölf Monaten entwickelte sich eine umfangreiche Anschwellung der rechten Abdominalhälfte, auch trat öfters Blut im Urin auf. Das Abdomen wurde punctirt; die Punctionsflüssigkeit enthielt Blutkörperchen, aber keine Urate. Sehr schnell sammelte sich die Flüssigkeit wieder an. Bei der nunmehr ausgeführten Laparotomie fand man eine von der rechten Niere ausgehende Cyste. Dieselbe wurde exstirpirt. Ihr Inhalt wies Urate, aber keine Steinconcremente auf.

In der Discussion zeigte Murphy einen Ureterenstein, der bei

einer 20jährigen Frau durch die Urethra prolabirt war. Die Masse weist polypenähnliche Form auf. Den Hergang der Ausstoßung kann man vielleicht in der Weise erklären, daß sich hinter dem Stein eine größere Menge Urin angesammelt hat, der jenen nun mit Gewalt nach außen getrieben hat. Lw.

Chapman: **Ueber einen Fall von Nierentuberculose.** (The Lancet, 25. Januar 1896. Verhandlungen der Bradford Medico-Chirurgical Society. Sitzung vom 14. Januar 1896.)

Es handelte sich um eine 22jährige Frau, die mit ausgedehntem Lupus des Gesichts, der Arme und an anderen Körperstellen behaftet war, den man wiederholt unter Narcose mittelst Ausschaben behandelt hatte. Während des letzten Jahres hatte sich eine geringe Hämaturie eingestellt. Bei der Autopsie fand man die linke Niere von käsigen Massen durchsetzt und zerstreut auch in den Lungen Tuberkelherde.

In der Discussion berichtet Appleyard über einen Fall von Harnblasenpapillom bei einem Manne von 19 Jahren. Pat. litt seit drei Jahren an gelegentlichen Anfällen von Hämaturie. Während der letzten sechs Monate bestand Albuminurie, häufiger Drang zum Uriniren, Incontinentia urinae während der Nacht und gelegentliches Harnträufeln am Tage. Nach Sondirung der Blase fand man im Urin ein Stückchen einer Geschwulstmasse, die sich als ein Papillom erwies. Es wurde die Cystotomia suprapubica ausgeführt, eine kleine, gestielte Geschwulst gefunden, diese abgebunden und entfernt. Die Wunde wurde drainirt. Es trat vollständige Genesung ein. Lw.

Dr. A. Trantenroth: **Lebensgefährliche Hämaturie als erstes Zeichen beginnender Nierentuberculose.** (Aus d. chir. Abt. d. städt. Krankenh. z. Stettin. — Mitteilg. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1896, I. Bd., 1. Heft.)

Ein 24jähriges Dienstmädchen bekam plötzlich heftige Schmerzen in der Gegend der rechten Niere, entleerte blutig aussehenden Harn: da Ergotin und Hydrastinin ohne Erfolg gebraucht wurden, wurde Pat. auf die chir. Abteilung verlegt. Ein durch Katheter bald darauf entnommener Urin sah wie reines Blut aus, das Sediment enthielt fast nur rote Blutkörperchen, Leucocyten in demselben Verhältnis wie im Blute. Die Operation wurde auf Grund der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines rechtsseitigen Nierentumors beschlossen und ausgeführt. Dabei entleerten sich aus dem rechten Nierenbecken flüssiges Blut und fünf

linsen- bis erbsengroße Gerinnsel: in einer Papille saß ein über erbsengroßer graurötlicher Knoten, der wie ein Neoplasma aussah und die Totalexstirpation der rechten Niere veranlaßte. Dieselbe war von normaler Größe und enthielt auf dem Durchschnitt in der Marksubstanz einen in einer Papille belegenen, im Centrum gelblichen, etwa kirschroten Knoten und zwei ca. erbsengroße ähnliche Herde, ferner auf der Oberfläche drei graue miliare Knötchen, am unteren Pole ca. zehn solcher Knötchen. Ein von dem größten Herde gemachtes Abstrichpräparat enthielt Tuberkelbacillen, Schnitte davon ergaben den für Tuberculose characteristischen Befund (Riesenzellen etc.), während ein am Nierenbecken sitzendes, später erst entdecktes kleines Geschwür nicht tuberculöser Natur war. — Während der Verlauf zunächst günstig war, wurde der Harn bald wieder trübe, setzte beim Stehen sehr viel Eiter ab und enthielt zahlreiche Tuberkelbacillen. Die Operationswunde war zuerst gut vernarbt, soll aber später wieder aufgegangen sein.

An dem Falle ist dreierlei bemerkenswert:

1) Der klinische Verlauf: während sonst bei Nierentuberculose nur intercurrent Blutungen auftreten und als Hauptsymptom Pyurie besteht, war hier das Blutharnen das einzige und ständige Symptom.

2) Die Frühzeitigkeit des operativen Eingriffes, der bereits 16 Tage nach Auftreten der ersten Erscheinungen erfolgte.

3) Die Indication zur Operation: dieselbe war eine vitale.

Die Prognose war in Folge des Tuberkelbacillenbefundes im Urin am Tage der Entlassung sehr zweifelhaft.

Bemerkenswert ist noch, daß es sich in diesem Falle sowohl wie in einem von Schuchardt operirten und in den „Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ (20. Congreß) publicirten um eine Frau mit Tuberculose der rechten Niere handelte; auch in der Litteratur war in fast $^2/_3$ aller Fälle von Nierentuberculose bei Frauen die rechte Niere alleiniger oder doch Hauptsitz der Erkrankung.

Lohnstein.

Baron: **Rupture des pédicle vasculaire du rein.** (Bull. de la Soc. anat. de Paris, Bd. IX, Heft 17.)

Ein 53jähriger Mann wird unter einem Balken hervorgezogen, der ihm auf den Leib gefallen war. Er wird in halbcomatösem Zustand eingeliefert. Sugillation der linken Conjunctiva und der Haut der Augenlider. Schmerzhaftigkeit und Crepitation der 6. Rippe links: Rippenfractur. Am Abdomen kein Blutaustritt unter der Haut, kein deutlicher Schmerzpunkt. Temperatur 35,2. Puls sehr schwach, 96 in der Minute. Am Abend desselben Tages Rückkehr des Bewußtseins,

Klagen über heftige Schmerzen im Leib. Temperatur 36°, Urin klar, nicht blutig. Kein Erbrechen. Daher Abstand von einer Operation. Am nächsten Morgen, 15 Stunden nach dem Unfall, Exitus.

Die Autopsie ergiebt: Basisfractur, Fractur der linken oberen Orbitalwand. Fractur der 6. linken Rippe. Ausgedehnte Sugillation unter das Peritoneum bis in das große Netz. Kein Erguß in die Bauchhöhle. Bei Incision des hinteren Peritonealblattes links gelangt man in eine mit schwarzen Blutgerinnseln gefüllte Tasche, in der die nur noch am Ureter sitzende Niere flottirt. Arterie und Vene sind völlig durchtrennt. Die Niere selbst zeigt nur 2 kleine, 3—4 mm lange Einrisse vorn unten und die Spuren der Ruptur einer kleinen Cyste. Die durch die Hämorrhagie dissecirte Kapsel findet sich nicht mehr. An beiden Enden der Arterie steckt ein Gerinnsel, die Tunica externa ist aufgerollt und verschließt das Lumen. Die Vene ist in ihrem distalen Stück durch große Gerinnsel verstopft. Der Ureter ist intact.

Die Beobachtung ist bemerkenswert wegen ihrer Seltenheit — zwei ganz ähnliche Fälle teilte Bloch in einer Dissertation im Jahre 1875 mit —, ferner in Bezug auf den Mechanismus der Läsion. Gegen die Annahme einer directen Gewalt spricht schon das Fehlen jeder äußeren Contusion. Wahrscheinlicher ist die Annahme, daß die Ruptur durch Dehnung der Gefäße zustande gekommen ist. Die Niere ist durch ein zwischen ihr und der Wirbelsäule über den Rumpf hinweggehendes Wagenrad nach außen gedrängt, dabei wurden die Gefäße gezerrt und rissen; der lockerere Ureter blieb unverletzt. Für diesen Modus spricht auch die Aufrollung der Arterienwand, die gleichzeitig die auffallend geringe Blutung erklärt. Die Diagnose derartiger Verletzungen ist sehr schwer, in diesem Falle war sie unmöglich: durch kein Symptom wurde die Aufmerksamkeit nach dieser Richtung hingelenkt. L.

v. Hippel: **Ueber Nierenchirurgie** (mit Krankenvorstellung). (Medicin. Gesellschaft in Giessen, Sitz. am 19. Februar 1895. — Deutsch. Med. Wochenschr. 1896, No. 1.)

H. stellt zwei von Poppert mit Erfolg nephrectomirte Patientinnen vor.

1) 16jähriges Mädchen bemerkte vor 2 Jahren in der rechten Seite gänseeigroße Geschwulst, die in der letzten Zeit rascher gewachsen. Abdomen rechts stark vorgewölbt durch einen querelliptischen, prall elastischen Tumor von glatter Oberfläche, nach unten fast bis zur

Spina ant. sup., nach links über die Mittellinie hinausreichend, von hinten her leicht verschieblich. Urin trübe, alkalisch, ohne Albumen. Im Sediment reichliche Uratkristalle. Diagnose: Sarkom der rechten Niere. Operation: Längsschnitt am äußeren Rande des M. sacrolumbalis. Verbindung der scheinbar normalen Niere mit dem Tumor nicht abtastbar: daher noch Querschnitt bis in die verlängerte Mammillarlinie. Der Tumor geht vom unteren Nierenpol aus. Stumpfe Entwicklung des mit dem Peritoneum fest verlöteten Tumors. Abtragung der Niere unter üblicher Stielversorgung. Dauer der Operation 1½ Stunden. Die Geschwulst nimmt die Stelle des unteren Nierenpols ein, wiegt mit der Niere zusammen 1100 g. Sie liegt vollkommen in der fibrösen Nierenkapsel und ist auch gegen das Nierengewebe durch eine 1—2 mm dicke Bindegewebsschicht abgegrenzt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein alveoläres Rundzellensarkom mit reichlichen regressiven Metamorphosen und kleinen Cysten. Die erhaltene Nierensubstanz ist normal. — Glatter Wundverlauf. Schließung der Wunde nach 8 Wochen. Bemerkenswert ist, dass der Harn gleich am Tage post operationem etwas Eiweiß, zahlreiche Epithelien, rote und weiße Blutkörperchen, sehr reichlichen körnigen Detritus und einzelne hyaline und körnige Cylinder enthielt. Erst vom 9. Tage ab war der Urin wieder normal. Am 3. Tage trat eine parenchymatöse Angina auf, die, verbunden mit einem diffusen Erythem, 4 Tage anhielt und Fieber bis 39,9° verursachte. — 7 Monate nach der Operation waren weder Recidiv noch Metastasen nachweisbar. — Bemerkenswert ist das Fehlen der Frühsymptome der Geschwulstbildung, besonders der Hämaturie, welche nach Chevalier[1]) in 75 pCt. der Nierentumoren bei Kindern auftreten soll. Für die starke Reizung der zurückbleibenden Niere macht Hippel das Narcoticum, den Aether, verantwortlich. Diese unangenehme Nebenwirkung wurde für das Chloroform von Israel[2]) durch zahlreiche Versuche bewiesen; daß der Aether in dieser Hinsicht ebenso schädlich, ja vielleicht noch schädlicher wirkt, wird neuerdings von verschiedenen Seiten betont.

2) 36jährige Patientin. Plötzliche Erkrankung mit Schüttelfrost und Schmerzen in der rechten Nierengegend. Uriniren schmerzhaft. Aufnahme in die interne Klinik: Fieber bis 40,3°. Schmerzhafter rechtsseitiger Nierentumor. Urin stark trübe, sauer, etwas eiweißhaltig; Sediment aus Schleim und Eiter bestehend, mit Nieren- und Blasen-

---

[1]) De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Thèse de Paris 1891.

[2]) v. Langenbeck's Archiv Bd. 47.

epithelien. Ueberführung auf die chirurgische Abteilung: Fieber. In der rechten Nierengegend ein die ganze Regio lumbalis ausfüllender Tumor, auffallend druckempfindlich, glatt, ziemlich derb, etwas verschieblich. Sediment weniger reichlich, enthält Eiterkörperchen, Epithelien und gekörnte Cylinder. Diagnose: Rechtsseitige Pyonephrose. Operation: Nierenschnitt nach Simon, ergänzt durch einen dazu senkrechten Schnitt, 12 cm nach vorn. Weder durch die Punction, noch palpatorisch ist eine Eiteransammlung oder Steinbildung nachweisbar. Der derbe, leicht höckerige Nierentumor ließ mehrere etwas blassere, umschriebene Herde erkennen, die jedoch nicht Abscesse zu sein schienen. In der Annahme einer tuberculösen Erkrankung wurde die Niere unter üblicher Stielversorgung abgetragen. Operationsdauer $1^1/_2$ Stunden. Die Temperatur fiel bis zum 4. Tage zur Norm ab. Urin vom 1. Tage ab eiweißfrei und ohne Formelemente. Wundverlauf reactionslos. Schließung der Wunde nach 4 Wochen. Die Patientin ist gesund geblieben (11 Monate). — Die entfernte Niere ist 3 Mal so groß, als normal. Rinde verbreitert, stark durchfeuchtet, darin zahlreiche weißgelbliche Herde, teils scharf begrenzt, teils confluirend, weicher als die Nachbarschaft. Es sind dichte Anhäufungen von Leukocyten, die sich allmählich in die Nachbarschaft verlieren; in der Mitte stellenweise die Anfänge eitriger Einschmelzung. Im Uebrigen trübe Schwellung des Parenchyms. Diagnose: eitrige Herdnephritis im Beginn der Einschmelzung. — Die Aetiologie ist unklar. Die unteren Harn- und Geschlechtsorgane waren intact, so daß eine hämatogene Infection anzunehmen ist. In so frühem Stadium ist die Erkrankung wohl selten Gegenstand eines operativen Eingriffes gewesen. Wäre derselbe nicht so früh erfolgt, so hätte sich jedenfalls eine Pyonephrose entwickelt.

Casper.

Seefisch: **Zwei Fälle von Nierenverletzungen.** (Freie Ver. d. Chir. Berl., Sitz. v. 9. Dec. 1895. — Ther. Woch. 1896, No. 2.)

1) Schußverletzung der linken Niere. 9mm-Geschoß. Pat. brach nach erhaltenem Schuß sofort zusammen, wurde mit Karren nach Hause gefahren. Von zwei Aerzten wurde die Kugel unter der Rückenhaut gefühlt und herausgeschnitten. Als Collaps und blutiger Urin auftrat, wurde Pat. in's Krankenhaus befördert, etwa 12 Stunden nach der Verletzung. Shock, Lippen bleich, Atmung oberflächlich, Puls klein, frequent, unregelmäßig, Schmerzen in der Nierengegend bis zur Penisspitze. Spontan wurden 100 cm^3 blutiger Urin entleert. Einschuß in der Mammillarlinie unterhalb des 12. Rippenknorpels, Ausschuß unterhalb der 12. Rippe: ausgedehnte Dämpfung links, nach vorn bis zur vorderen Axillarlinie reichend, krampfhafte Cremaster-Zuckungen.

Therapie: Absolute Ruhe. Am Morgen Puls besser, Urin blutig, neue stärkere Blutung im Urin trat auf, als er einmal auf die Seite gelegt wurde. Im Laufe des Tages verlor sich dann der Blutgehalt. Am 8. Tage kein Blut mehr im Urin, wohl aber Eiter, dessen Menge zunahm. Mehrmals plötzliche stärkere Eiterentleerung. Temp. am 17. Tage über 39° C. Infiltration an der Ausschußöffnung, Erweiterung derselben. Nach Entleerung mäßiger Eitermengen Temperaturabfall. Persistenz einer nach 8 Wochen sich schließenden Harnfistel. — Nierenschüsse sind selten, Mortalität weit über 50 pCt., Collet berechnet 90,9 pCt. Sterblichkeit bei den operativ Behandelten. Ein besonderes Symptom ist die von Fischer hervorgehobene krampfhafte Contraction des Cremasters.

2) Nierenruptur durch Ueberfahren. Der Kranke wurde am 18. November 1895 eingeliefert; ihm war das Hinterrad eines schweren Wagens über das Abdomen gegangen. Es fragte sich, war hier Nierenruptur oder Blasenruptur vorhanden. Die Schmerzen begannen drei Finger breit über der Symphyse; Patient konnte nicht spontan Urin entleeren. Es wurde ein abwartendes Verfahren eingeschlagen. Zuerst waren peritonitische Erscheinungen vorhanden, die aber zurückgingen.

Kramm.

v. Kahlden: **Linksseitiger Nierenkrebs bei einer 59jährigen Frau.** (Ver. Freiburger Aerzte, Sitz. v. 27. Decbr. 1895. — Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 6.)

Eine doppelt so große Niere wie normal, die ihre Form beibehalten hat; der Durchschnitt der Geschwulst ist in der unteren Hälfte markig weiß, in der oberen mehr rötlich, stellenweise cavernös. In den retroperitonealen Drüsen befinden sich zwei Metastasen. Die Diagnose war sechs Monate ante mortem aus dem Vorkommen einzelner Epithelzapfen und reichlichen Blutes im Urine gestellt worden.

K.

Chrétien: **Angeborenes Fehlen einer Niere.** (Société anatom., Nov. 1895.)

Ch. stellt in der Société anatomique de Paris Präparate von einem 3monatlichen, an Lungentuberculose verstorbenen Kinde vor; die Section ergab u. a. Fehlen der linken Niere.

Die rechte Niere, von mehr als normaler Größe (6 cm lang, 4 cm breit), liegt sehr tief; das Nierenbecken ist stark dilatirt, ebenfalls der Ureter, der schräg nach abwärts läuft und die rechte A. und V. iliaca comm. kreuzt. Oberhalb der rechten Niere liegt die normal große Nebenniere.

Links von der Wirbelsäule, unterhalb des Zwerchfelles, findet sich ein 2 cm langes, 1 cm breites und 3 cm dickes Organ, welches einen kleinen Gefäßhilus zeigt und einer Nebenniere sehr ähnlich sieht. Der Mangel eines zur Blase führenden Ausführungsganges dieses Organes, ferner das Fehlen eines benachbarten Organes, das man für die Nebenniere halten könnte, erlaubt den Schluß, daß es sich nicht etwa hier um eine stark atropische Niere handelt, sondern das die Nebenniere darstellt, während die linke Niere von Geburt gänzlich fehlt. K.

J. Schramm (Dresden): **Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenexstirpation.** (Berl. klin. Woch., 1896, No. 6.)

Meist fehlen über das weitere Ergehen von Kranken, die eine Nierenexstirpation durchgemacht haben, sichere Angaben. Von desto größerem Interesse ist ein vom Verf. 4 Jahre lang beständig beobachteter Fall, in welchem in dieser Zeit nach der Nierenexstirpation Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ohne jede Störung verliefen. Aus der Litteratur sind nur wenige derartige Fälle bekannt. Fritsch[1]) erwähnt kurz einen Fall von Nierenexstirpation wegen einer Ureterfistel, in welchem die Pat. geboren hat und fernerhin ganz gesund war. Israel[2]) entfernte bei einer Gravida im 4. Monat die tuberkulöse Niere, die Frau blieb am Leben und gebar spontan zur normalen Zeit.

In dem von S. genau beobachteten Falle handelt es sich um eine 25jährige Dienstmagd, die 2 Mal spontan geboren, im 2. Wochenbette eine Bauchfellentzündung durchgemacht hatte, von da an unter Schmerzen, Stechen und einem unangenehmen Hitzgefühl in der rechten Seite des Leibes das stetige Anwachsen eines Tumors fühlte; dazu kam Vertauben des rechten Beines und öftere plötzliche Incontinentia urinae. Die Besichtigung des Leibes zeigt die ganze rechte Seite stark kuglig vorgewölbt, die Palpation ergiebt einen allerseits beweglichen, die ganze rechte Seite einnehmenden Tumor von Mannskopfgröße, der nach links ca. 10 cm über die Mittellinie verschoben werden kann, auf der Oberfläche eine feste kuppenartige Hervorragung und an den Seiten deutliche Fluctuation zeigt. In der linken Lumbalgegend besteht beim Verschieben des Tumors Schmerz. Bei Percussion in horizontaler Lage geht die obere Grenze der Geschwulst direkt in die Leberdämpfung

---

[1]) Die Krankheiten d. Frauen. Berlin 1892, S. 98.

[2]) Erfahrungen über Nierenchirurgie. Berlin 1894, S. 91.

über, an dem linken Geschwulstumfang ist deutlicher tympanitischer Darmton hörbar, der Percussionston in der rechten Lumbalgegend in der ganzen Ausdehnung der Geschwulst gedämpft.

Urin in 24 Std. 1700—200 ccm, klar, ohne Eiweiß und Sediment. Die Diagnose wurde auf rechtsseitige Hydronephrose gestellt, und auf Verlangen der Pat. ein Radikaloperation vorgenommen: Exstirpation des Nierentumors durch abdominalen Medianschnitt in 2stündiger Operation, nachdem die directe Palpation die linke Niere als gesund erwiesen hatte.

Der kindskopfgroße Tumor bestand aus einem festen, der stark atrophischen Niere entsprechenden und einem membranösen Teil, welch' letzterer sich aus 2 getrennten Hohlräumen zusammensetzt. Der eine derselben entspricht dem stark dilatirten Nierenbecken, dessen Wand stark verdickt ist. Der zweite Hohlraum ist einkammerig und zeigt dasselbe Verhalten wie eine Nierencyste. Der Ureter entspringt da, wo sich dem Nierenbecken dieser zweite Hohlraum anlegt, also am oberen Rande desselben, und ist nach aufwärts verschoben; sein Verlauf ist mehrfach winklig geknickt.

Der weitere Verlauf war im ganzen günstig; die Arythmie, welche kurz nach der Operation bestand, besserte sich, die Harnmenge war zunächst sehr gering mit vorübergehendem geringem Eiweißgehalt. Nach 6 Wochen geheilt entlassen, verrichtete Pat. in den nächsten Jahren fast dauernd schwere Arbeit. Nach ca. 3 Jahren fand sich eine Senkung des Uterus, die durch Pessar gebessert wurde. Die linke Niere fand sich deutlich vergrößert; die Herzdämpfung war nach links verbreitert, der 2. Aortenton verstärkt und unrein, die Urinmenge normal, Puls noch mäßig arythmisch. Ca. 8 Monate darauf heiratete Pat. und wurde schwanger. Außer einer Steigerung der Harnsecretion und Auftreten von Eiweiß im Urin verlief die Schwangerschaft ungestört, ebenso Geburt und Wochenbett. Nur bestand in letzterem Arythmie und Aussetzen des Pulses in den ersten Tagen, das Eiweiß verschwindet nach 7 Tagen ganz.

Die Ursache der Hydronephrosenbildung sind wohl die entzündlichen Processe im Becken, die im zweiten Wochenbett eine Knickung des rechten Ureters hervorriefen, ferner hat wohl die bereits sehr bewegliche Niere durch ihre Drehung die normale Lage des Ureters verschoben, ebenso die Nierencyste ihm eine Krümmung verliehen. Die zeitweise Incontinenz beruht wohl auf der Harnstauung und schnellen Entleerung.

Das Radicalverfahren, bei dem der Medianschnitt wegen der directen Palpation der anderen Niere vorzuziehen ist, wird besonders

von Schede[3]) und Israel[4]), auch vom Verf. empfohlen, während die Nierenbeckenfistel viele Unannehmlichkeiten für die Patienten mit sich bringt, stete Reinlichkeit und sorgfältige Pflege seitens der Trägerin, auch die kostspielige öftere Erneuerung des Harnrecipienten erfordert.

Während wegen des nicht geringen Eiweißgehaltes und niedrigen specifischen Gewichtes der bedeutend vermehrten Harnmenge der Verdacht auf chronische Nephritis zur Zeit der Schwangerschaft bestehen konnte, handelte es sich weder um diese, noch um Schwangerschaftsniere, sondern um eine Stauungsniere, in Folge von Circulationsstörungen, welche schon kurz nach der Exstirpation des Nierentumors angedeutet waren, indem nach Ausschaltung eines großen Gefäßgebietes Albuminurie auftrat. Dieselbe schwand erst nach Compensation des arteriellen Druckes zwischen Herz und Niere und Hypertrophie beider Organe, um in der Gravidität wieder zu erscheinen, da hier der circulatorische Widerstand noch wuchs, den das Herz bei compensatorischer Hypertrophie einer Niere zu überwinden hat. Hier paßt auch die Leyden'sche Erklärung, daß die Eiweißausscheidung während der Gravidität als eine durch mechanische Circulationsstörungen bedingte Beeinträchtigung der Function und anatomischen Structur der Niere anzusehen sei. — Durch die Narben rechts und oben entwickelte sich der Uterus in dem beschriebenen Falle nach links und verursachte wohl so eine Compression von Ureter, Blase und Blutgefäßen.

Zum Schluß muß sich die Frage aufdrängen, wie der Chirurg sich einer Frau gegenüber zu verhalten habe, die mit nur einer Niere heiraten, oder bereits verheiratet, die möglichen Nachteile einer eventuellen Schwangerschaft erfahren möchte!

Hier lehrt der Fall von S., daß zwar Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Exstirpation einer Niere ohne schwere Schädigung ertragen werden können, dennoch aber solchen Kranken das Eingehen der Ehe oder die Cohabitation zu verbieten sei, da sie in der Gravidität sich leicht der Gefahr einer Schwangerschaftsniere, einer chronischen Nephritis und selbst einer Eclampsie aussetzen, der sie bei nur einer hypertrophischen Niere weniger Widerstand leisten können. — Natürlich ist diese Frage noch nicht endgiltig gelöst. Lohnstein

J. Knowsley Thornton: **Cases illustrating the surgery of the kidney.** (The Lancet, 11. Januar 1896.)

Im Anschluß an frühere Fälle berichtet Verf. über zwei neuere von ihm operirte Fälle von Nierensteinen.

[3]) Meine Erfahrungen über Nierenexstirpation. Hamburg 1889. S. 24.
[4]) l. c., S. 70.

Ein bereits früher wegen Nierensteine operirter 22jähriger Mann bekam einige Monate nach der ersten Operation nach einer besonderen Anstrengung wiederum Hämaturie und bald darauf nach einer anstrengenden Arbeit, während der er sich auch einer Erkältung ausgesetzt hatte, und nach einem gröberen Diätfehler heftige und andauernde Schmerzen in der Nierengegend. Bei der am 24. October 1895 vorgenommenen Laparotomie fand sich in einem in dem oberen Teil der Niere gelegenen Calix ein nußgroßer, an den beiden Enden rauher, sonst ganz glatter Stein, welcher aus dem Calix in das Nierenbecken hineinragte. Zweifellos waren die Blutungen durch die Erweiterung hervorgerufen, der Schmerz durch die gehinderte Secretion. Die Heilung ging glatt von statten.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine 26jährige Frau mit exquisit tuberculösem Habitus, welche die Symptome von Nierensteinen rechterseits darbot. Die Schmerzanfälle waren sehr häufig und schwer, der Urin enthielt viel Eiter. Trotzdem hielt Verf. eine Zeit lang die Erkrankung für eine tuberculöse; die bacteriologische Untersuchung des Urins ergab negativen Befund. Bei der Operation fühlte Th. gleich bei der Incision einen vermutlichen „Stein" an der Austrittsstelle des rechten Ureters. Da wegen des decrepiden Zustandes der Pat. die Operation für einen Augenblick unterbrochen werden mußte, verlor Verf. den „Stein" aus den Fingern, und als er ihn wieder suchte, bot sich ihm im Nierenbecken ein größerer, rauher Stein. Bei der weiteren Suche nach dem zuerst gefühlten Körper fand Th., daß dieser eine neben dem Ureter liegende verkalkte Drüse sei, und gleich darauf boten sich noch viele derartige Drüsen dar. Wegen eines zweiten Collapsanfalles der Pat. mußte die Operation beendet werden, ohne daß alle erkrankten Drüsen entfernt worden wären. Die Heilung verlief gut, der Zustand der Pat. besserte sich seither zusehends. K.

Schröder (Leipzig): **Ein durch Tamponade geheilter Fall von Nierenruptur.** (Münch. med. Woch. 1895, 32. — Wien. Clin. Woch. 1895, 48. — Ther. der Gegenw. 1896, No. 1.)

Ein 11jähriger Knabe war beim Spiel verunglückt und hatte sich eine Ruptur der linken Niere zugezogen, welche eine Operation 10 Tage später notwendig machte. Temperatur unmittelbar vorher 38,8°, Puls 140; seit 40 Stunden vollständige Anurie. Beim ersten Schnitte bereits zeigte sich das subcutane Zellgewebe reichlich mit Flüssigkeit infiltrirt, ebenso die Nierenkapsel; letztere außerdem noch blutig imbibirt. An der Niere selbst fand sich ein breitklaffender Riß mit weißfarbigen Rändern, durch den das obere Drittel der Niere fast voll-

ständig von der Umgebung abgetrennt war. Die Wunde wurde, da sie nicht mehr blutete, in ihrer ganzen Ausdehnung mit 30proc. Jodoformgaze tamponiert, in die Rupturstelle ein fingerdickes Drainrohr gelegt, nur die Ecken der Hautwunde vernäht und darüber ein Verband aus Gaze, Watte und Moospappe angebracht. Unmittelbar nach der Operation fand eine reichliche Harnentleerung durch die Blase statt. Während der folgenden 8 Tage wurde der Verband täglich 2 Mal gewechselt, da er stets reichlich mit Urin durchnäßt war. Urinentleerung durch die Blase erfolgte mehrmals am Tage in geringen Mengen. Am achten Tage war Pat. fieberfrei und wurde am zehnten Tage in häusliche Pflege entlassen. Nach $5^1/_2$ Wochen wurde das Drain entfernt. Der Harn war weiterhin normal und betrug ca. 1 l pro die. Auffällig war an den beiden ersten Tagen nach Entfernung des Drains ein dicker, gelatinöser Bodensatz im Urin. Eiweiß und Blut konnten im Urin nicht nachgewiesen werden. Heilung erfolgte 7 Wochen nach der Operation. K.

Dr. Emanuel Herczel: **Ein Fall von Nephrolithotomie.** (Ges. der Aerzte in Budapest, Sitz. v. 13. Nov. 1895. — Pest. Med.-Chir. Presse 1896, No. 3.)

Bei einer 35jährigen Frau ergab die Untersuchung auf unbekannter Grundlage entstandene Pyonephrose. H. operirte am 5. Juli 1895. Mittelst Nadelstiche und Palpation waren Nierensteine zu constatiren. H. eröffnete an der Convexität der Niere mittelst Längsschnittes das Nierenbecken, worauf sich eine große Menge grünlichen, stinkenden Eiters entleerte und in den erweiterten Nierenkelchen vier kleine, nußgroße Steine zum Vorschein kamen. Der Verlauf zeigte mäßige Temperatursteigerung. Der Gazepfropf wurde aus der Wundhöhle allmählich entfernt, Ende August geschieht die Harnentleerung ganz schmerzlos; Wunde ohne Fistel vollkommen vernarbt.

In der Discussion erwähnt Kuzmik einen analogen Fall der II. chir. Klinik, wobei auf Grund ähnlicher Anamnese ein Stein von $6^1/_2$ g entfernt wurde.

Korányi weist bei diesem Anlasse auf seine Harn-Gefriermethode hin, die für die Diagnose und Prognose von Wichtigkeit ist. Der Gefrierpunkt des Harns ist normaliter 1,4°—2,4°, und da im vorliegenden Falle derselbe 2,24° betrug, war eine bösartige Neugebildung auszuschließen.

Herczel meint, daß überall, wo Nierensteine gefunden werden, conservativ vorzugehen sei, weil bei den ohnehin entkräfteten Patienten der Verlust von Nierenparenchym von deletärer Wirkung sein kann. K.

XII. Nebenniere.

Boinet (Marseille): **Ueber die Abtragung der echten und der accessorischen Nebennieren bei Ratten.** (Soc. de biol. in Paris. — Pester Med.-Chir. Presse 1896, No. 3.)

Der Vortragende hat in früheren Publicationen über seine Erfahrungen an circa 100 Ratten berichtet, welche nicht nur die Exstirpation der Nebennieren überlebten, sondern auch gegen Ermüdung eine große Widerstandsfähigkeit zeigten. Da ihm nun von Abelous und Langlois der Einwurf gemacht worden war, daß die Ratten oft accessorische Nebennieren haben, welche vielleicht für die exstirpirten eintreten, so hat Boinet neuerdings bei 12 Ratten auch die accessorischen Nebennieren entfernt — sie finden sich am innern Rand und an der hinteren Fläche der Nieren oder am Zusammenfluß der Nierenvenen. — Davon sind 4 in den ersten 48 Stunden gestorben, eine nach 8 Tagen. Die 7 andern blieben am Leben und ergaben bei den Ermüdungsversuchen die gleichen Resultate wie die früheren. Der Vortragende fügt hinzu, daß seinen Erfahrungen nach die accessorischen Nebennieren auch aus anderen Gründen keine irgendwie wesentliche Bedeutung haben können. Sie hypertrophiren nach Exstirpation der echten Nebennieren nicht, finden sich durchaus nicht constant und zeigen histologisch embryonale Structur.

Zum Schluß führt er ein neues Ergebnis an. Eine Ratte, der 3 Wochen vorher die Nebennieren exstirpirt worden waren, wurde in dem für diese Versuche bestimmten Rotationsapparat 8 Minuten lang gedreht. Beim Herausnehmen zeigte sie fast vollständige Erschlaffung der Muskulatur, Verringerung der Respirationszahl. Sturz der Rectaltemperatur auf 35°. — Sie starb am nächsten Tage, und bei der Autopsie fanden sich alle Läsionen eines experimentellen Morbus Addisonii. Gr.

Sidney Ringer und Arthur Phear: **Addison's disease treated with suprarenal Extract.** (Clin. Soc. of London, 10. Jan. 1896. — The Lancet, 18. Jan. 1896.)

R. und Ph. teilen einen Fall von Morbus Addisonii mit, der mit Nebennierenextract behandelt worden ist, und geben ein kurzes Resumé über ähnliche Fälle mit gleicher Behandlung. Von 9 Fällen schienen 5 gebessert zu sein, obgleich in einigen derselben der dauernde Erfolg noch nicht abgewartet wurde. In 2 Fällen trat keine Besserung ein, ein Fall endete tötlich trotz der Behandlung, in einem anderen wurde

die Behandlung nur kurze Zeit versucht. Die Therapie erfolgte in einzelnen Fällen per os, in anderen subcutan.

In einem Falle handelte es sich um eine 28jährige Frau, die seit zwei Jahren die typischen Symptome des Morb. Addisonii darbot, nämlich: allgemeine Mattigkeit, Erbrechen etc. und besonders Hautpigmentirungen, am stärksten um den Mund und in der Achselhöhle. Tuberculose der Lungen oder anderer Organe konnte nicht nachgewiesen werden. Eine Behandlung mit Nebennieren-Extract von Anfangs 45 g Nebennierensubstanz täglich bis 120 g pro die rief eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens und Abblassung der Pigmentirung hervor. Nach 4 Wochen trat eine Wendung zum Schlechten ein. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, die Herzaction wurde immer schwächer, und 6 Wochen nach Beginn der Behandlung, 2 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome, trat der Tod ein. In den letzten Tagen wurde Arsen und Strychnin anstatt des Extractes gegeben. Die Section ergab, daß die Nebennieren auf $1/3$ ihrer normalen Größe geschrumpft waren und keine Spur ihrer gewöhnlichen Structur darboten.

In der Discussion berichtet Parkinson über eine ebenfalls erfolglose Behandlung mit Nebennierenextract; bei der Section wurde Verkäsung der Nebennieren gefunden. Zwei ähnliche Fälle erwähnt Tourney.

Charrin und Langlois: **Hypertrophie expérimentale des capsules surrénales.** Sitzungsbericht der Société de Biologie in Paris. (La Semaine médicale 1896, No. 7.)

Ch. u. L. haben schon vor einigen Jahren gezeigt, daß man an den Nebennieren durch Bacteriengifte Veränderungen functioneller Natur, wie Entzündungen, Blutungen hervorrufen könne. An den jetzt vorgelegten, auf dieselbe Weise behandelten Präparaten zeigt sich außerdem noch eine beträchtliche Hypertrophie der Drüsen, die Ch. u. L. als Arbeitshypertrophie auffassen. Sie hervorzurufen, dienen öfters wiederholte minimale Dosen von Toxinen, die 6—8 Wochen lang injicirt werden. Kantorowicz.

Sansom: **Ueber einen Fall von Morbus Addisonii.** (Med. Soc. of Lond., 11. Nov. 95).

S. berichtet über einen Fall dieser Art, den er mit Kapseln aus Nebennierenextract behandelte. Die Symptome besserten sich durch einige Zeit, kehrten aber dann mit vermehrter Intensität wieder. Im Harne fanden sich zeitweise Spuren von Eiweiß, nie Zucker. K.

Druck von Marschner & Stephan,
Berlin SW.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Madelung: **Fall von Missbildung der Harn- und Geschlechtsorgane.** (Unterelsäss. Aerzteverein in Straßburg, Sitzung vom 27. Juli 1895. — Deutsche med. Woch. 1896, No. 5.)

M. stellt ein Kind männlichen Geschlechts mit seltener Mißbildung der Harn- und Geschlechtsorgane vor: normale Bildung des Scrotalsackes und Inhaltes; rudimentärer Penis; Mündung der Harnröhre in den Mastdarm. K.

Dr. Leopold Casper, Privatdocent an der Universität zu Berlin: **Die frühe und exacte Diagnostik der Tuberculose des Harntractus.** (Berliner klin. Wochenschrift 1896, No. 17.)

Rücksichtlich der großen Schwierigkeiten, welche die Feststellung einer tuberculösen Affection der höher liegenden Teile des Harntractus, vor Allem der Nieren bietet, ist der vorliegenden casuistischen Mitteilung des Verf.'s um so mehr ein weitgehendes Interesse beizumessen, als sie auch einen bedeutenden allgemeinen Fortschritt in der schwierigen Frage bedeutet.

Der Fall des Verf.'s betrifft eine 42jährige, bis vor 6 Monaten vollkommen gesund gewesene Frau, die sich angeblich durch Erkältung einen Blasencatarrh zuzog und nun seit fast einem halben Jahre fruchtlos behandelt wurde. Dem Verf. klagte die gut genährte und sonst

gut aussehende Patientin hauptsächlich über Schmerzen im Leibe, besonders auf der rechten Seite, die namentlich nach Bewegungen und Anstrengungen hervortraten und von der Patientin an eine bestimmte, rechts liegende Stelle der Blase verlegt wurden. Der durch Katheter entleerte Harn ist leicht trübe, sauer; spec. Gewicht 1018. Er enthält zahlreiche Eiterkörperchen, einige geschwänzte Epithelien, aber weder rote Blutzellen, noch Cylinder. Albumen mäßig vorhanden. Im Sediment fanden sich Tuberkelbacillen. Der letztere Befund ließ also an eine tuberculöse Affection des Harntractus denken, und es handelte sich nun darum, die Localisation derselben zu ergründen. Die Cystoskopie bot bis auf eine kleine Stelle ein völlig normales Aussehen der Mucosa und so mußte der eigentliche Erkrankungsherd höher gesucht werden. Mittelst des vom Verf. construirten Uretero-cystoskopes wurde in Folge dessen zuerst der linke und dann nach Ueberwindung einiger Schwierigkeiten auch der rechte Ureter katheterisirt, und während nun aus dem linken Ureter völlig klarer, normaler Harn gewonnen wurde, glich der aus dem rechten Ureter gewonnene dem Blasenharn, d. h. er war trübe, eitrig und albumenhaltig, und es wurden in demselben nach wiederholter Untersuchung auch Tuberkelbacillen gefunden.

Die Diagnose lautete demnach Nephrophthisis dextra, Tuberculosis vesicae circumscripta. Letztere gilt für die oben angegebene, bei der Cystoskopie entdeckte kleine afficirte Stelle. Da nun durch den Ureterkatheterismus an der linken Seite der sichere Beweis geliefert wurde, daß die linke Niere gesund ist, so konnte der Patientin mit großer Zuversicht eine Operation (Nephrectomie) vorgeschlagen werden. Letztere wurde auch vom Prof. Olshausen auf Wunsch der Patientin ausgeführt und die vom Verf. gestellte Diagnose fand völlige Bestätigung. Die exstirpirte Niere wies Tuberkelknötchen auf der Oberfläche und zwei käsige Herde im Parenchym auf. Auch die Prognose des Verf.'s bezüglich des Erfolges der Operation bestätigte sich: die Frau genas, die Schmerzen verschwanden, der Harn wurde klar.

Lubowski.

Francis S. Watson: **On some of the clinical features of primary tuberculosis of the genito-urinary organs.** (The Boston medical and surgical journal, 7. Febr. 1895, p. 121. — G. A., Jan. 1896.)

Diese nach Verf. häufig nicht richtig beurteilte Urogenitalaffection wurde von ihm 21 Mal einwandsfrei diagnosticirt. 5 Mal begann sie in der Epididymis, 4 Mal in der Prostata oder den Samenblasen, 3 Mal in den Nieren;

in 8 Fällen konnte der Ausgangspunkt nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Befallen waren 15 Männer und 6 Frauen. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 6 und 50 Jahren. Diagnostisch ist die schmutzig-graue Farbe und völlige Geruchlosigkeit des Harns hervorzuheben. Die Krankheit dauert kaum länger als 3 Jahre; abgesehen von 2 Fällen wurde von Verf. stets tötlicher Ausgang beobachtet. Nachtschweiße und Schüttelfröste fehlen. Therapeutisch kommt im Wesentlichen nur Cystostomia suprapubica mit cons. Jodoformbehandlung oder Compensation in Betracht. Lehrreich sind die Zusammenstellungen Verf.'s über den Wert der chirurgischen Behandlung bei Nierentuberculose. — Nach Faklam's (108 Fälle von Nierentuberculose, 60 pCt. Frauen) Statistik kam es 20 Mal zur Nephrotomie, 88 Mal zur Nephrectomie. Operationsmortalität der Nephrotomien 68 pCt., von den 8 zunächst geheilten Kranken blieb auf die Dauer nur 1 gesund; von den anderen 12 starben 2 an acuter Miliartuberculose, je 1 an Urämie und Septicämie, die übrigen an Kachexie. — Operationsmortalität der Nephrectomie 28 pCt. Sie war ungefähr dieselbe, gleichviel ob man extra- oder intraperitoneal operirte. Von den geheilten 14 Pat. constatirte man noch bei 5 nach einem Jahre Heilung. Vigueron erzielte in einigen Fällen von Nephrotomie wegen Nierentuberculose durch Vernähung der Nierenwunde mit der parietalen Wunde gute Heilerfolge, sonst stimmt sowohl die Gesamt- wie die Operationsmortalität mit der Faklam'schen ziemlich genau überein. — Bezüglich der Nephrectomie stimmen die Resultate gleichfalls annähernd überein: Gesamtmortalität ca. 30—40 pCt. — Nach Verf. ist die secundäre Nephrectomie, die einige Tage nach der primären Nephrotomie gemacht werden soll, prognostisch etwas günstiger. — Allgemeine Regeln für die Indication der Operation lassen sich nicht aufstellen, vielmehr hängt Alles von den bei der Explorativincision angetroffenen Verhältnissen ab. L.

II. Harn und Stoffwechsel.

Adolf Jolles: **Ueber eine empfindliche Probe zum Nachweis von Albumen im Harn.** (Wiener med. Doctoren-Coll., Sitzg. v. 27. Jan. 1896. — Therap. Woch. 1896, No. 5.)

Die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe, eine der besten Eiweißreactionen, ist nicht ganz frei von Nachteilen. Störend ist häufig die intensive Gelbfärbung nach Ausführung der Probe, ferner läßt sie bei Constatirung jeder geringsten Eiweißspuren, denen unter Umständen

pathologische Bedeutung zugemessen wird, zuweilen im Stich. Die wegen ihrer hohen Empfindlichkeit wertvolle Spiegler'sche Reaction gestattet auf der anderen Seite als Ueberschichtungsprobe häufig nicht eine Differenzirung der quantitativ nicht mehr bestimmbaren Eiweißspuren und ist in verdünnten bezw. chlorarmen Harnen von nur geringer Empfindlichkeit. Eine zuverlässige Eiweißreaction soll nach J. folgenden Anforderungen entsprechen: Das Reagens muß farblos sein, die Reaction muß gestatten, quantitativ nicht mehr bestimmbare Spuren von Eiweiß zu differenziren, und ihre Empfindlichkeitsgrenze muß so weit gehen, daß man bei negativem Ausfalle der Probe die Anwesenheit pathologischer Eiweißspuren mit Sicherheit ausschließen kann und endlich muß die Wirksamkeit des Reagens vollkommen unabhängig sein von der Zusammensetzung des Harnes. Als ein Reagens, welches allen diesen Anforderungen entspricht, empfiehlt Jolles folgende Lösung:

Hydrag. bichlor. corros.	10,0
Ac. succin.	20,0
Natr. chlorat.	10,0
Aq. dest.	500,0.

Die Prüfung auf Eiweiß geschieht in der Weise, daß man 4—5 ccm von dem vorher filtrirten Urin mit 1 ccm 30proctg. Essigsäure ansäuert, hierauf 4 ccm von dem angegebenen Reagens zufügt und schüttelt. In einem zweiten Reagensglase versetzt man 4—5 ccm Harn ebenfalls mit 1 ccm Essigsäure, um den störenden Einfluß des Mucins zu eliminiren, fügt dann aber statt des Reagens die entsprechende Menge destillirten Wassers hinzu. Durch Vergleichung beider Proben ermöglicht sich noch ein deutlicher Nachweis von Eiweiß im Verhältnis von 1 : 120000, die Reaction ist also erheblicher empfindlicher als die Ferro-Cyankali-Probe. M—n.

E. Rieger (Jassy): **Zur Anwendung des Asaprol als Reagens auf Eiweisskörper und Alkaloide.** (Wien. med. Blätter 1896, No. 13.)

R. hat gefunden, daß das Asaprol die Eigenschaft hat, sämtliche Eiweißkörper in saurer Lösung zu fällen. Der Niederschlag, welcher selbst in sehr verdünnten Lösungen auftritt, verschwindet nicht durch Erwärmen. Albumosen und Peptone werden ebenfalls durch Asaprol in saurer Lösung gefällt, aber der Niederschlag schwindet beim Erwärmen, erscheint wieder beim Erkalten. Das gleiche Verhalten wie die Albumosen und Peptone zeigen eine Reihe von Alkaloiden (Chinin, Chinoidin, Codein, Morphin, Pilocarpin, Veratrin, Brucin, Strychnin, Spartein, Antipyrin, Cocain und Cinchonidin). Die entstehenden Niederschläge scheinen Verbindungen der β Naph-

thalin-α Monosulfosäure mit den Alkaloiden zu sein. Verf. empfiehlt daher als Reagens auf Eiweiß im Harn folgende Lösung:

Asaprol 10,0,
Acid. mur. conc. . 10,0,
Aqu. dest. . . . 100,0,
S. Reagens.

Die Lösung ist zu filtriren, 10—20 Tropfen derselben, zu 4—5 ccm Harn zugesetzt, rufen bei Gegenwart von Eiweißkörpern und Alkaloiden einen Niederschlag hervor. Schwindet derselbe beim Erwärmen nicht, so ist mit Sicherheit die Gegenwart von Eiweiß bewiesen; schwindet er durch Erwärmen, so kann es sich um Albumosen, Peptone und event. auch um Alkaloide handeln, was eine nähere Untersuchung entscheiden muß. Die Verwendung des Asaprol als Eiweißreagens hat den Vorteil, daß man gleichzeitig auf das event. Vorhandensein von Alkaloiden aufmerksam gemacht wird. K.

Kolisch und Burián: **Ueber die Eiweisskörper des leukämischen Harnes mit besonderer Berücksichtigung des Histons.** (Zeitschr. f. klin. Med., XXIX. Bd., 3. u 4. H., 1896.)

Die Eiweißkörper des Blutserums, das Serumalbumin und das Serumglobulin, sind mehrfach im Harn von Leukämikern gefunden worden.[1]) Ueber einen Zusammenhang der Albuminurie mit dem Wesen der Erkrankung oder über eine gesetzmäßige Correlation derselben zu der Schwere des Processes ist jedoch nichts bekannt. Zweifellos ist echte Albuminurie bei Leukämikern meist Folge einer Nierenaffection. Andrerseits macht jedoch Senator[2]) darauf aufmerksam, daß bei der in Rede stehenden Krankheit selbst ausgesprochene interstitielle Nephritis ohne Albuminurie verlaufen kann. Zur Erklärung der Albuminurie bei Leukämischen wird an die Untersuchungen von Kolisch erinnert, der die Alloxurkörper des leukämischen Harns vermehrt fand, und an seine Versuche[3]) mit Hippoxanthininjectionen bei Kaninchen und Meerschweinchen. Danach ist die Vorstellung eines Zusammenhanges zwischen dem Eiweißgehalte des Urins bei Leukämischen mit dem Grundleiden selbst nicht ganz von der Hand zu weisen. Man braucht sich nur vorzustellen, daß die vom Leukämiker in vermehrter Menge producirten Alloxurkörper, speciell die Xanthinbasen ihre Giftwirkung ähnlich wie im Tierexperimente

[1]) Obermayer, Centralbl. f. klin. Med., XIII. S. 1, 1892. — Hinterberger, D. Arch. f. klin. Med., Bd. XLVIII, S. 324. 1891.

[2]) Senator, Berl klin. Wochenschr., 1890.

[3]) Kolisch, Ueber Wesen und Behandlung der urat. Diathese. Stuttgart, 1895. F. Enke.

auf die Nieren entfalten und auf diese Weise zur Schädigung derselben und damit auch zur Albuminurie führen können. Vielfach aber stellt sich die Albuminurie bei Leukämikern erst im Stadium cachecticum ein, und hier geben andere Momente, speciell die Aenderung der Blutbeschaffenheit selbst, die Veranlassung zu derselben. So wird an die von Misiewicz[4]) vertretene Anschauung erinnert, welcher bei Kachexien und chronischen Blutkrankheiten das Auftreten von Albuminurie für eine Folge disseminirter Embolien der Glomeruli durch degenerirte rote Blutkörperchen ansieht.

Ein weiterer Proteïnstoff im Harn Leukämischer, zuerst von Fr. Müller[5]), dann von Obermayer[6]) gefunden, nach den Verfassern ziemlich constant vorkommend, ist das Nucleoalbumin, von dem man zur Zeit noch nicht entscheiden kann, ob es hämatogenen oder renalen Ursprunges ist. — Als accidenteller Befund ist auch das Vorkommen von Hämoglobin im Harn Leukämischer zu verzeichnen, wie es von R. v. Engehardt[7]) in einem mit Icterus verlaufenen Falle von Leukämie beschrieben wurde.

Größeres Interesse beanspruchen die Albumosen, deren Auftreten im leukämischen Harn schon Senator[8]) für ein theoretisches Postulat erklärte; indessen stehen den positiven Angaben von Köttnitz[9]) die negativen von Pacanowski[10]), v. Jaksch[11]) und Eichhorst[12]) gegenüber. Die Verff. haben in mehreren Fällen nach der Methode von Krehl und Matthes[13]) Albumose nachweisen können, indessen sind dieselben nicht als constanter Befund im leukämischen Harn zu betrachten. Ihr Ursprung ist wahrscheinlich im Zellprotoplasma der Leucocyten zu suchen. Nach dieser Anschauung und nach dem Befunde einer vermehrten Alloxurkörper-Ausscheidung bei Leucocytenzerfall wäre von vornherein für die Leukämie zu erwarten gewesen, daß Albumosurie und Alloxurkörper-Ausscheidung in einer geraden Proportion stehen — eine Vorstellung, welche die Verff. durch ihre Untersuchungen nicht bestätigen konnten.

---

4) Misiewicz, Przeglad lekarski. No. 9—13. 1892.
5) Fr. Müller, Mitteilungen aus d. Würzburger med. Klin., 1881, S. 266.
6) Centralbl. f. klin. Med., 1892, S. 1.
7) R. v. Engehardt, Petersb. Wochenschr., No. 18, S. 172.
8) Senator, Die Albuminurie in phys. etc., Berlin 1890.
9) Köttnitz, Berl. klin. Wochenschr., 1890, S. 794.
10) Pacanowski, Zeitschr. f. klin. Med., 1895, 5.
11) v. Jaksch, Wiener klin. Wochenschr., 1890, No. 10.
12) Eichhorst, Virchow's Arch., 103. Bd., 5, 369.
13) Krehl und Matthes, D. Arch. f. klin. Med., 54. Bd., S. 501.

Als neuer Befund wird das Vorkommen von Histonurie bei Leukämie mitgeteilt, wie in einem Falle durch zahlreiche Untersuchungen constatirt werden konnte. Das Lilienfeld'sche Histon ist in den Leucocyten als Base an das saure Leuconucleïn gebunden, und diese Verbindung wird Nucleohiston genannt. Letzteres konnte im Harn nicht nachgewiesen werden, während das Histon in dem während eines Monates mehrmals untersuchten Harne eines Leukämischen stets vorhanden war. Daß gesteigerter Zerfall von Leucocyten beziehungsweise deren Kernen zur Histonurie führen kann, scheint auch aus den Untersuchungen von Krehl und Matthes hervorzugehen, welche bei verschiedenen acuten Infectionskrankheiten neben Albumosurie einen Körper im Urin gefunden haben, welchen sie als Histon ansprechen. Kramm.

A. Ott (Prag): **Ueber Nucleoalbumin im menschlichen Harn.** (Zeitschr. f. Heilk. Bd. XVI, pag. 177. — Centralbl. f. innere Med. 1896, No. 8.)

Der bloße Essigsäurezusatz zum Harn ergab nur in seltenen Fällen ein positives Resultat, so daß sich O. lieber nach Versetzen des Harnes mit concentrirter Kochsalzlösung der Almèn'schen Tanninlösung zum Nachweis des Nucleoalbumins bediente. Mit diesem Reagens fand sich in jedem Harn, auch in dem von Gesunden, Trübung; ein Einfluss des Aciditätsgrades war nicht deutlich, bei höheren Fiebergraden schien die Nucleoalbuminausscheidung bedeutender zu sein, in den Fällen febriler Albuminurie ging die Nucleoalbuminausscheidung der des Albumins voraus; die Untersuchung der Sedimente der betreffenden Harne ergab nur in den wenigsten Fällen das Vorhandensein von Cylindern; das Verhältnis der Ausscheidung pathologischen Eiweißes (Albumin und Globulin) zu jenen des Nucleoalbumins im Harn liess keine Gesetzmäßigkeit erkennen. Ein Versuch, die durch die Kochsalz-Tanninlösung gefällte Substanz zu isoliren, ergab ein negatives Resultat, wahrscheinlich in Folge der leichten Zersetzlichkeit des Nucleoalbumins.

Kramm.

Bruno Leick: **Beitrag zur Lehre von der Albumosurie.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1896, No. 2.)

Nachdem Frerichs[1]) als erster auf das Vorkommen peptonartiger Körper im Harn hingewiesen hatte, wurden in dieser Richtung zahlreiche Untersuchungen angestellt, welche zur Aufstellung der Lehre von der Peptonurie führten. In neuerer Zeit ist, nachdem W. Kühne nach-

[1]) Frerichs, Leberkrankheiten. 1861, I.

gewiesen hatte, daß das frühere sogenannte Pepton gar kein echtes Pepton sei, sondern Albumosen, durch Stadelmann und seine Schüler[2]) der Beweis geführt, daß echtes Pepton so gut wie garnicht im Harn vorkommt. Man sollte also eigentlich, wie Stadelmann und Senator[3]) hervorgehoben haben, den alten Namen fallen lassen und durch „Albumosurie“ ersetzen. Die Mehrzahl der Forscher hat nach der von Hofmeister angegebenen, sichersten, aber complicirten und zeitraubenden Methode gearbeitet. Im vorigen Jahre ist nun von Salkowski[4]) eine neue Methode zum Nachweis der Albumosurie angegeben, die nach den bisherigen Versuchen[5]) an Genauigkeit dem Hofmeister-schen Verfahren kaum nachsteht, an Einfachheit es dagegen bei Weitem übertrifft.

Nach dieser Methode hat Verf. eine Reihe von Urinen untersucht. Die eiweißhaltigen wurden vorher durch Ansäuern mit Essigsäure und Kochen enteiweißt. Wenn auch, wie Stadelmann und Senator vermuten, durch Kochen Albumin in Albumosen umgewandelt wird, so sind die hierbei entstehenden Mengen von Albumosen doch viel zu gering, um bei der Untersuchung nach Salkowski nachgewiesen werden zu können. Vor Anstellung dieser hat Verf. den Harn, ev. nach dem Enteiweißen, zwecks Entfärbung stets mit neutralem Bleiacetat gefällt.

Zur Untersuchung kamen 73 Urine von den verschiedensten Kranken. Verf. glaubt demnach mit Bestimmtheit behaupten zu können, daß bei der fibrinösen Pneumonie, wenn nicht immer, so doch in den bei Weitem meisten Fällen sich Albumosen nachweisen lassen. Für die übrigen Krankheitszustände war die Zahl der Untersuchungen zu gering, um widerspruchslose Resultate zu ergeben, wie denn auch die Untersuchungsreihen anderer Autoren, so v. Jaksch, Maixner, Pacanowski, Brieger[6]), sich vielfach direct widersprechen. Weiterhin wurde durch die Untersuchungen die Ansicht Senator's[7]), daß man fast aus jedem eiweißhaltigen Urin Pepton (Pepton im alten Sinne = Albumosen) erhalten könne, wenn man das Eiweiß in der gewöhnlichen Weise durch Kochen ausfüllt und im Filtrat nach Pepton sucht, nicht bestätigt. — Kramm.

---

[2]) Stadelmann, Untersuchungen über die Peptonurie. Wiesbaden 1894.

[3]) Senator, Ueber Peptonurie. Deutsch. Med. Woch. 1895, No. 14.

[4]) Salkowski, Ueber den Nachweis des Peptons im Harn. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1894, No. 7.

[5]) Senator, l. c.

[6]) Cf. Stadelmann, l. c.

[7]) Senator, Ueber die im Harn vorkommenden Eiweißkörper. Virch. Arch. 1874, Bd. 60.

P. Palma (Prag): **Ueber das Verhältnis der pathologischen Acetonausscheidung zur Gesamtstickstoffausscheidung.** (Zeitschr. f. Heilk. Bd. XV, pag. 463. — Centralbl. f. innere Med. 1896, No. 8.)

Auf Grund der Untersuchung des Harnes von 5 Fällen von Diabetes mellitus, 4 von Typhus abdominalis, 2 von croupöser Pneumonie, 2 von acuter Phosphorvergiftung und von je einem Fall von Carcinom, Hysterie und Pachymeningitis hämorrhagica interna in der Klinik von Jaksch's gelangt P. zu dem Schlusse, daß zwar das Aceton in jenen Fällen, wo gesteigerter Eiweißzerfall vorliegt, vermehrt erscheint, daß jedoch ein Parallelismus zwischen Eiweißzerfall und Acetongehalt nicht zu constatiren ist. K.

Friedrich Nachod: **Harnbefunde nach Chloroformnarcosen.** (Arch. f. klin. Chir., 51. Bd., 3. Heft.)

Verf. kommt in der mit einem Litteraturverzeichnis versehenen Arbeit auf Grund der zahlreichen fremden und seiner eigenen, auf 57 narcotisirte Kinder sich erstreckenden Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

Im Anschluß an die Chloroformnarcose kommt es beim Menschen (sc. zuweilen!) durch directe Einwirkung des Chloroforms auf die Niere zu einer mehr oder minder stark ausgebreiteten parenchymatösen Degeneration der Harncanälchenepithelien bei Freibleiben der Glomeruli; für die Annahme einer Entzündung fehlen bisher noch alle Anhaltspunkte (Befunde von 11 Autopsien; in 4 Fällen war das Organ wohl schon vorher krank).

Als Folge dieser Nierenveränderungen erscheinen im Harne Serumeiweiß, Nucleoalbumin und Cylinder, wobei das Zusammenvorkommen der letzten beiden fast constant zu sein scheint. Die Menge und Dauer dieser Ausscheidungen hängt von der Intensität der Nierenaffection ab, ist bei intacter Niere vorübergehend, bei krankem Organ hochgradig, langdauernd und mitunter zu schwereren Erscheinungen führend.

Der Harn nach Chloroformnarcosen zeigt erhöhte Reducirungsfähigkeit, herrührend einesteils von dem durch die Niere ausgeschiedenen Chloroform, dann von der Urochloralsäure, dem Kreatinin, Aceton und der Acetessigsäure. Daß auch Glykosurie die Reduction mit verschulden kann, ist nach dem heutigen Stande der Untersuchung kaum in Abrede zu stellen; es müßte von Fall zu Fall entschieden werden, welche von diesen Körpern vorhanden sind. Diabetische Glykosurie kann gesteigert, latenter Diabetes florid gemacht werden und durch Coma zum Tode führen.

Als weitere Producte gesteigerten Gewebszerfalls erscheinen im Harn Aceton, Acetessigsäure sowie Kreatinin: die vermehrte Ausscheidung des letzteren (die vom Verf. nicht exact erwiesen ist. Ref.) rührt her vom Zerfall der Muskelsubstanz. Die Acetessigsäure scheint bei Erwachsenen selten, für das Kindesalter specifisch zu sein.

Das im Harn nach Chloroformnarcose gefundene Urobilin könnte auf den Zerfall der roten Blutkörperchen zurückzuführen sein (wahrscheinlich auf die Resorption der durch die Operation gesetzten Blutextravasate. Ref.): ob es auch zur Ausscheidung von Gallenfarbstoff kommt, bedarf für den Menschen noch genauerer Untersuchung.

Mit Ausschluß protrahirter, Stunden dauernder Narcosen ist das Auftreten der genannten Harnbefunde weder von der Dauer der Narcose, noch von der verbrauchten Chloroformmenge, sondern lediglich von der individuellen Disposition des betreffenden Organismus abhängig (und daher von den verschiedenen Autoren in sehr verschiedener Häufigkeit beobachtet worden, z. B. vom Verf. unter 57 Fällen 4 Mal Eiweiß, 8 Mal Nucleoalbumin, 13 Mal Cylinder). Lubowsky.

Ebstein und Nicolaier: **Ueber die Ausscheidung der Harnsäure durch die Nieren.** (Virchow's Archiv, Bd. 143, H. 2, 1896, S. 337.)

Die ausführlichen Versuche der Verff. ergeben kurz Folgendes: Ein Hund, der während 5½ Monaten fast täglich mit großen Dosen von Harnsäure (meist 10 g), in Summa 1290 g gefüttert wurde, schied zwar Harnsäure bezw. ihre Verbindungen mit den Fäces aus, doch konnte sie nicht im Harn nachgewiesen werden und in den Nieren und Harnwegen dieses Tieres fanden sich keine Veränderungen, die die Verff. auf diese Fütterung hätten beziehen können. Zu einem anderen Resultate führten die Versuche an Kaninchen, denen die Harnsäure teils intravenös (in Piperazinlösung), teils subcutan (in Lösungen von phosphorsaurem Natron und Piperazin), teils intraperitoneal (als solche oder als harnsaures Piperazin in steriler Gelatine bezw. in steriler physiologischer Kochsalzlösung suspendirt) einverleibt wurde.

Es zeigte sich zunächst, dass die Harnsäure weder im subcutanen Gewebe, noch auf dem Peritoneum dieser Tiere entzündliche Veränderungen hervorruft.

Die Einverleibung der Harnsäure vertrugen die Kaninchen größtenteils gut.

Aus dem Urinbefunde ergiebt sich nicht nur, daß die den Versuchstieren eingebrachte Harnsäure durch die Nieren ausgeschieden wurde, sondern es ließ sich auch zeigen, daß die Harnsäure bei ihrem Durch-

gange durch die Nieren nicht ohne schädigenden Einfluß auf dieses Organ bleibt. Es fanden sich nämlich bei den Versuchstieren, außer Verfettungen der Epithelien, und zwar in den an die Rinde grenzenden Harncanälchen, die nur ein Mal constatirt werden konnten, regelmäßig in den meist erweiterten Kanälchen der Rinde, häufig noch reichlicher in denen des Marks, große, wie gequollen aussehende, glänzende Zellen, die einen oder mehrere Sphärolithe in sich schlossen, für welche die Verff. die Bezeichnung „kleine und große Uratzellen" vorgeschlagen haben und deren genaue Beschreibung im Original nachzulesen ist.

Daneben fanden sich regelmäßig in den Harncanälchen des Marks und der Rinde Sphärolithe, die nicht mehr mit den Uratzellen in Verbindung standen und durch die das Epithel der Canälchen vielfach schwer geschädigt erschien.

Bei den Versuchstieren, denen Harnsäure wiederholt eingebracht wurde, kamen noch mehr oder weniger ausgedehnte Anhäufungen von Rundzellen zwischen den Harncanälchen der Rinde vor, die in einem Falle atrophisch geworden waren. Bei einem Kaninchen erwies sich das zweifellos gewucherte interstitielle Bindegewebe der Rinde besonders nach der Oberfläche des Organs hin geschrumpft.

Diese Schädigungen, welche die Kaninchenniere unter dem Einfluß der Harnsäure erleidet, können, wofern die Harnsäure nicht von Neuem eingebracht wird, größtenteils schon in kurzer Zeit rückgängig werden.

Ein etwas anderes Ergebnis lieferten die angestellten Versuche bei den Kaninchen, in deren Nieren vorher krankhafte Veränderungen erzeugt waren. Dazu benutzt wurden solche Kaninchen, denen, nachdem ihre Nieren durch subcutane Injectionen von neutralem chromsauren Kali und Aloin auf's Schwerste geschädigt waren, Harnsäure intravenös bezw. intraperitoneal eingebracht wurde. Es fand sich bei ihnen weder ein die Murexidreaction gebendes Sediment von Sphärolithen, noch Harnsäurekrystalle im Harn, jedoch im Mark der Nieren wahrscheinlich Sphärolithe.

Ferner war in beiden Fällen, in denen die Harnsäure in die Bauchhöhle gebracht worden war, die bei der Section im Peritonealsack gefundene Menge Harnsäure im Verhältnis zur eingebrachten nur sehr gering, obgleich im Urin Harnsäure-Verbindungen nicht nachweisbar waren und auch die Nieren nur kleine Mengen davon enthielten. Daraus muß geschlossen werden, dass beim Kaninchen die einverleibte Harnsäure nicht blos durch die Nieren zur Ausscheidung gelangt, sondern daß auch ein Teil der Harnsäure im Tierkörper verändert bezw. zerstört wird.

Die angestellten Versuche gestatten sowohl auf den Ort, als auch auf die Art, d. h. den Mechanismus der Harnsäureausscheidung gewisse Rückschlüsse.

Was die Art betrifft, so sind Verff. der Meinung: die Harnsäure imprägnirt, und zwar höchstwahrscheinlich in Form von harnsauren Salzen, die Epithelzellen gewisser Abschnitte der Harncanälchen, die in Folge dessen aufquellen, sich vergrössern, einen glänzenden Leib und vielfach eine schwach gelbe Farbe bekommen. In diesen mit Harnsäure imprägnirten Zellen scheiden sich die Urate sämtlich oder zum Teil in Form eines oder mehrerer Sphärolithe aus. Neben den intacten Uratzellen wurden auch freie, d. h. extracelluläre Sphärolithe gesehen, welche durchaus den intracellulären entsprechen, so daß anzunehmen ist, daß sie im Wesentlichen in den Zellen und nicht etwa ursprünglich außerhalb derselben gelegen haben. Sie werden, ebenso wie die Uratzellen, von ihrem Entstehungsort in tiefere Abschnitte der Harncanälchen fortgeschwemmt und gelangen schließlich mit dem Harn in die Harnwege und werden dann mit ihm nach außen entleert. Die Sphärolithe besitzen ein organisches, aus einer eiweißartigen Substanz bestehendes Gerüst, welches nach Lösung der in ihm abgelagerten Salze zurückbleibt und, ohne radiäre Streifung zu zeigen, in Form und Größe den Sphärolithen entspricht. Das Material für dieses Gerüst entstammt wohl zweifellos den Bestandteilen derjenigen Uratzellen, in denen der Sphärolith sich gebildet hat.

Es ist ferner außerordentlich wahrscheinlich, dass diese Sphärolithe Urate enthalten, und die Annahme, daß es sich hier um harnsaure Verbindungen handelt, wird wohl dadurch völlig sicher gestellt, daß die von den Versuchstieren mit dem Harn ausgeschiedenen Sphärelithe, die sich ganz wie die in den Nieren abgelagerten verhalten, Murexidreaction geben. — Die in den Nieren bezw. im Harn der Kaninchen beobachteten Sphärolithe zeigen in ihrem morphologischen Verhalten eine große Uebereinstimmung mit Gebilden, die sich in den Nieren und dem Nierensecret von Vögeln und Reptilien finden (Meissner[1]), v. Wittich[2]), Leydig[3]).

---

[1]) G. Meissner. Der Harn der Vögel. 2. Acschn. d. Beitr. z. Kenntnis d. Stoffwechs. im tier. Organism. (Henle und Pfeufer's Zeitschr. f. ration. Med. XXXI. Bd., 1868, S. 162.)

[2]) v. Wittich, Ueber Harnsecretion und Albuminurie. (Virchow's Arch., Bd. X. 1856. S. 331.)

[3]) Leydig, Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Tiere. Frankfurt a. M. 1857.

Uebrigens haben Verff.[4]) gezeigt, daß harnsaure Salze auch ohne Mitwirkung von Eiweiß in der Form wirklicher Sphärolithen krystallisiren können.

Bezüglich des Ortes der Harnsäure-Ausscheidung nehmen die Verff. an, daß dieselbe nicht nur in den Zellen der Harncanälchen des Nierenlabyrinthes, sondern auch in denen der Schleifen, und zwar, wie es scheint, ausschließlich des Isthmus stattfinden, deren Epithel dabei eine erhebliche Quellung erfährt. Diese gequollenen Zellen des Isthmus erinnern an analoge Bilder, die man gelegentlich in den Nieren von Diabetikern zu sehen bekommt (Ebstein[5]).

Diese Versuche, bei denen in die Blutbahn eines Tieres, das normaliter keine Harnsäure fabricirt, verhältnismäßig große Mengen davon gebracht wurden, zeigen, wie dieser Organismus bestrebt ist, diese ihm fremden Stoffe möglichst schnell und zum größten Teil durch die Nieren zu eliminiren. Rechnet man schon auf Grund der vergleichend-anatomischen Thatsachen mit der Möglichkeit, daß auch beim Menschen die Ausscheidung sich ähnlich vollzieht, so wird dies noch wahrscheinlicher, wenn man bedenkt, daß beim harnsauren Niereninfarct der Neugeborenen sich ganz analoge Verhältnisse finden, wie bei der Harnsäure-Ausscheidung in der Vogelniere (Ebstein[6]). Der harnsaure Infarct des Neugeborenen dürfte ferner auch mit der erwiesenermaßen schon in der Fötalperiode möglichen Bildung harnsaurer Concremente in causalem Zusammenhang stehen. Zwanglos versteht sich durch den Zerfall der Nierenepithelien, wie er bei reichlicher Harnsäure-Ausscheidung vorauszusetzen ist, die vorübergehende Albuminurie, die recht häufig auch noch einige Zeit nach dem Abgang harnsaurer Concremente beim Menschen beobachtet wurde (Ebstein[7]). Kramm.

v. Jaksch: **Ein Fall von Hydrothionurie.** Nach einem Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag. (Prager medicinische Wochenschrift 1896, No. 18.)

Der 39jährige Patient wurde, im Februar 1896 unter Fieber und Icterus

[4]) Ebstein und Nicolaier, Ueber die künstliche Darstellung von harnsauren Salzen in der Form von Sphärolithen. (Virchow's Archiv, Bd. 123, 1891. S. 371.)

[5]) Ebstein, Ueber Drüsenepithelnecrosen beim Diabetes mellitus. (D. Arch. für klin. Med., Bd. 28, 1881, S. 175.)

[6]) Ebstein, Die Natur und Behandlung der Harnsteine. Wiesbaden 1884. S. 62 u. ff. — Der harnsaure Infarct Neugeborener und analoge fötale Zustände der Nieren. S. auch Orth, Lehrb. d. spec. path. Anatomie. II. 1. Berlin 1893. S. 171.

[7]) Ebstein, ibid., S. 233.

erkrankt, Anfangs März auf die Klinik mit einer Lebervergrößerung aufgenommen. Bei der ersten Harnuntersuchung außer geringem Eiweißgehalt nichts Pathologisches. Nach 13 Tagen plötzliches Auftreten von Schwefel-Wasserstoff-Geruch des Harns. Eine abnorme Communication zwischen Blase und Darm, in dem Schwefel-Wasserstoff bekanntlich normaler Weise vorkommen kann, oder eine Zersetzung retinirten Eiters ist nach der mikroskopischen Untersuchung auszuschließen. Dagegen ließ eine Impfung aus dem Harnstrahle auf Gelatine gleich beim ersten Versuch ein Bacterium aufgehen, das, einem anderen sterilisirten Harne zugesetzt, schon nach 24 Stunden in diesem Schwefel-Wasserstoff zur Entwicklung bringt, der durch die Bleipapierprobe und mit Para-Amido-Dimethyl-Anilin nachgewiesen werden kann.

Von früheren Autoren (Müller, Rosenheim, Gutzmann und Karplus) sind als Erreger von Hydrothionurie teils Kokken, teils Bakterien bezeichnet worden. Das rein gezüchtete Harnbacterium zeigt auf Agar-Agar und Gelatine ein rasches Wachstum entlang dem Strich, keine Verflüssigung des Nährbodens. Die Culturen sind weisslich-grau, rasenförmig, mit gekerbtem Rand. Stichculturen in diesen beiden Nährböden zeigen rasches Wachstum im Stich und vom Stichcanal gegen die Peripherie. Plattenculturen lassen das Bacterium in bis hirsekorngroßen, kreisrunden Colonien zur Entwicklung kommen. Culturen bei Sauerstoffausschluß gedeihen ebenso rasch als die anderen. Li.

Diabetes.

Higgins und Ogden: **Zuckerkrankheit nach Verwundung des Schädels.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1896, No. 1.)

H. und O. fanden unter 212 Kopfverletzungen, die zur Behandlung kamen, 9,34 pCt. der Fälle, in denen Zucker auftrat. Bei den Schwerverletzten zeigte die Polarisationsprobe, die durch Gährungsprobe controllirt wurde, bis 23,8 pCt. Zucker. Meist fand sich derselbe 8 bis 12 Stunden nach der Verletzung ein und verschwand schnell wieder. Nur ein nicht ganz unverdächtiger Fall, in dem vielleicht Diabetes älteren Datums vorhanden, also nicht durch die Verletzung entstanden war, zeigte dauernden Zuckergehalt des Urins. L.

G. Töpfer: **Ueber glykosurisch wirkende Darmgifte.** (Wien. klin. Rundsch. 1895, No. 4. — Centralbl. f. innere Med. 1896, No. 8.)

T. und Freund untersuchten die Wirkung, welche Injectionen von in Wasser aufgeschwemmten Fäces bei Tieren hervorrufen. Während sich die von Gesunden stammenden Fäces für weiße Mäuse als unschädlich erwiesen, wirkten die Fäces von Diabetikern als heftiges,

zuweilen in wenigen Stunden tötendes Gift und führten zur Ausscheidung einer reducirenden Substanz im Harn.

Weitere Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden ergaben, daß Injection von Dialysaten aus den Fäces Diabetischer eine Glykosurie erzeugte, welche nach 24 Stunden auftrat und 2—3 Tage dauerte. Die Menge des ausgeschiedenen Zuckers betrug 0,06 bis 0,15 pCt. (18 Versuche).

Controllversuche zeigten, daß die Dialysate aus den Fäces gesunder Menschen ebenfalls Glykosurien erzeugten, die jedoch geringgradiger waren und erst nach 48 Stunden auftraten.

Verff. nehmen an, daß diese im Darme entstehenden Gifte de norma vom Pancreas unschädlich gemacht werden. Steigt die Menge des Giftes, so daß das Pancreas insufficient wird, so tritt Glykosurie auf, desgleichen wenn bei nicht vermehrter Giftbildung im Darme die Function des Pancreas abgenommen hat. K.

Neumann: **Glycosurie bei einem Herzfehler.** (Arch. f. exper. Pathol. und Pharmacol. Bd. XXXVI, Heft 1 und 2. — Centralbl. f. Chirurg. 1896, No. 8.)

Bei einem Falle von Herzinsufficienz fand der Autor im Momente, wo durch Diuretin eine starke Vermehrung des Harnes erzeugt wurde, den letzteren zuckerhaltig und bringt diesen Befund in Analogie zu dem von Jacobi vor Kurzem beschriebenen Nierendiabetes, der in dem Auftreten von Zucker im Harn nach Einwirkung der Diuretica besteht. K.

Kaufmann: **Ueber die Zuckerabsonderung der durch Pancreas-Exstirpation diabetisch gemachten Tiere im Hungerzustande.** (Soc. de Biologie zu Paris, nach Sem. médic. No. 12, 1896.)

Die totale Exstirpation des Pancreas hat nach den Untersuchungen K.'s stets die Glycosurie beim Hunde zur Folge, die Ernährung vermehrt dieselbe, der Hungerzustand, selbst der verlängerte, läßt sie nicht ganz verschwinden. Gewöhnlich wird bei den Tieren die Glycosurie, mit der Verdauung verbunden und an diese geknüpft, nur dann gefunden, wenn die Exstirpation unvollständig war. Fieber läßt den Zucker im Urin diabetisch gemachter Tiere, die hungern, verschwinden, es erscheint der Zucker nach Aufhören des Fiebers aber wieder. Schließlich verschwindet der Zucker bei den vollkommen des Pancreas beraubten Tieren mit Ausnahme des Fieberzustandes kurze Zeit vor dem Tode, wenn die Rectaltemperatur merklich gesunken

ist. Es erleiden übrigens die durch Pancreasexstirpation diabetisch gemachten Tiere einen weit größeren Gewichtsverlust im Hungerzustande als nicht diabetische Tiere. Während diese nur 160—175 g täglich verlieren, büßen jene 250—500 g täglich ein. Somit äußern sich die Erscheinungen des Hungers weit bedrohlicher bei diabetischen Tieren als bei hungernden, aber sonst gesunden Tieren. Hz.

Clifford Mitchell: **An early test for glycosury.** (Med. Record 1896, No. 2.)

M. hat im Jahre 1892 die Entdeckung gemacht, daß bei Darreichung gewisser zuckerreicher Nahrungsmittel oder Getränke an bestimmte Personen und genauer Beobachtung ihres Urins in den nächsten 24 Stunden Glycose im Urin gefunden wurde, während der Genuß derselben Nahrungsmittel und Getränke bei M. selbst keine Veränderung des Urins verursachte. Hieraus zog er den Schluß, daß man bei einer vorhandenen Disposition zur Glycosurie durch dieses Experiment weit früher als sonst die Anwesenheit von Zucker im Harn nachweisen könne.

Neuerdings hat v. Noorden dieselbe Beobachtung gemacht. Gr.

Lindemann und May: **Die Verwertung der Rhamnose vom normalen und diabetischen menschlichen Organismus.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 56, Heft 3 u. 4. — Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 6.)

Die Versuche der Verff. widerlegen die Behauptung Ebstein's, dass die Pentosen für den Organismus des Menschen wertlos seien. Die Rhamnose, welche in die Reihe der Pentosen gehört, wird vom gesunden menschlichen Körper wie auch vom Diabetiker zum weitaus größten Teile zerlegt; die mitgeteilten Zahlen zeigen, dass die Rhamnose auch eiweißsparend wirkt. Gr.

Ascoli: **Sauerstoffinhalationen bei Diabetes mellitus.** (Il Policlinico, Juni 1895. — Wien. med. Wochenschr., 1895, No. 49. — Ther. der Gegenw. 1896, I. H.)

Ascoli verwendete bei einem 60jährigen Manne mit Diabetes mellitus Sauerstoffinhalationen. Der Diabetes, welcher den üblichen Behandlungsmethoden trotzte, bestand bereits längere Zeit. Es wurden täglich bis zu 180 Liter reinen Sauerstoff inhalirt. Diese Behandlung wurde durch 13 Wochen mit einer siebentägigen Unterbrechung fortgesetzt. Wenige Tage nach Einleitung der Behandlung nahm die Harnmenge ab, das specifische Gewicht wurde geringer und der Zuckergehalt sank auf 1 pCt., verschwand nach etwa 7 Wochen vollständig. Später trat auch nach kohlehydratreicher Mahlzeit kein Zucker auf.

Liniger (Bonn): **Ueber Diabetes insipidus und Amnésie retrograde nach einer Schädelbasisfractur.** (Monatschr. f. Unfallheilk. 1896, No. 1.)

Bei Herderkrankungen des Gehirns und nachfolgendem Diabetes insipidus stellte sich heraus, daß in den meisten Fällen der krankhafte Proceß im vierten Ventrikel oder doch in desseu Nähe seinen Sitz hatte, in einem Falle war Hirnsyphilis die Ursache, während es andrerseits eine große Anzahl von Fällen giebt von Geschwülsten der in der hinteren Schädelgrube belegenen Hirnteile, in denen keine Vermehrung der Harnmenge auftrat.

Bei Bearbeitung der Fälle von Diabetes insipidus nach Schädelverletzungen kam Kahler[1]) zu dem Ergebnis, daß bei Schädelverletzungen mit nachfolgendem Diabetes insipidus nicht mit Sicherheit die Läsion bestimmter Gehirnteile ursächlich verwertet werden kann. Von sämtlichen Fällen aus der Litteratur kennt L. nur einen Fall von Harnruhr nach Kopfverletzungen, in dem die Ursache, wie in seinem Falle, ein Bruch des Schädelgrundes war, nämlich der Fall von Kämnitz[2]), in welchem bei einem 17jährigen Manne 6 Tage nach einem Schädelgrundbruche Zuckerruhr auftrat, die nach einigen Wochen in dauernden Diabetes insipidus überging; die in diesem Falle gleichzeitig beobachtete Glycosurie wurde auch bei anderen Kopfverletzungen mit nachfolgendem Diabetes insipidus constatirt (Jacquemot[3]), Plagge[4]), Friedberg[5]), Fischer[6]) etc.).

Der Zucker bleibt (nur in geringfügiger Menge) zurück oder verschwindet meist bald. — Warum in dem einen Falle einer schweren Schädelverletzung nur eine geringe Steigerung der Urinsecretion besteht und oft bei nur geringfügiger Läsion eine enorme Harnausscheidung, ist noch völlig unklar. Dieses Mißverhältniß zwischen Schwere der Verletzung und des nachfolgenden Diabetes wird besonders durch die folgenden von Störmer angeführten Beispiele illustrirt. Während in einem Falle von Montard-Martin nach einem complicirten Schädelbruche mit schwerer Gehirnerschütterung und elftägiger Bewußtlosigkeit bereits nach 3 Monaten völlige Heilung eintrat, berichtet Bachet

1) Prager med. Woch. 1895, No. 51 und Prager Zeitschr. d. Heilk. 1886, VI., p. 106.

2) Arch. d. Heilk. 1873, No. 5.

3) Mon. des sciences médic. 1862.

4) Virchow's Archiv, Bd. XIII.

5) Virchow's Archiv. Bd. XXII.

6) Volkmann's Sammlg klin. Vorträge. No 27.



über eine schwere Kopfverletzung mit vorübergehender Bewußtlosigkeit, wo die Harnmenge von 24 Stunden noch nach 16 Monaten 11000 ccm betrug.

Auch die Zeit des Eintreffens des Diabetes ist bisher noch nicht sicher bestimmbar gewesen; einige Male schwankte der Eintritt des Diabetes zwischen wenigen Stunden und mehreren Tagen, häufiger erfolgte er unmittelbar nach der Verletzung. — Die Prognose ist eine verhältnismäßig gute, jedenfalls besser als für andere Formen des Diabetes insipidus.

In dem von L. beobachteten Falle handelte es sich um einen 30jährigen Arbeiter, der am 16. Januar 1895 von einer 18 Fuß hohen Mauer rückwärts gestürzt und auf den Hinterkopf gefallen war, bereits am 27. Februar auf sein Drängen aus der Behandlung entlassen wurde, ohne daß eine Abnormität der Harnsecretion dagewesen wäre. 5 Wochen darauf klagte er über Kopfschmerz, Schwindel, allgemeine Mattigkeit und großes Durstgefühl. Der Harn hatte ein specifisches Gewicht von 1004, war frei von Zucker und Eiweiß, schwach sauer, die Menge in 24 Stunden betrug 6000—8500 ccm, die genossene Flüssigkeitsmenge betrug täglich ca. $6^1/_2$ l. Anfang Juni sank die tägliche Harnmenge auf 4000 ccm, Ende December 1895 auf 3000 ccm, die Kopfbeschwerden waren besser geworden, das Durstgefühl noch immer ziemlich stark. — Auffallend ist das späte Eintreten der Harnruhr, die trotzdem als durch den Unfall verursacht angesehen werden muß.

In einem anderen Falle von Diabetes mellitus nach Kopfverletzung, handelte es sich um einen Kaufmann, bei dem durch geeignete Behandlung sämtliche Symptome gänzlich verschwanden.

Anlaß zu Vorsicht in der Beurteilung des Zusammenhanges zwischen Trauma und Diabetes giebt ein Fall, in dem ein Arzt in seinem eigenen Urin Zucker constatirt hatte und bald darauf einen Schädelbruch erlitt. Der Unfall beeinflußte nicht den Procentsatz des Zuckers im Harn.

L. ist der Meinung, daß unter den bisher veröffentlichten Fällen von Diabetes nach Kopfverletzungen (über 100) manch' ähnlicher Fall sich befinde, und daß dieser Diabetes nach Verletzungen nicht allzu häufig ist, da er bei 300 von ihm untersuchten Unfallverletzten mit schweren Kopfverletzungen ihn noch nicht beobachtet hatte.

Der von L. beschriebene Fall ist auch noch insofern interessant, als bei ihm Amnésie rétrograde bestand, der einzige bisher bekannte derartige Fall, während sonst bei solchen Vorkommnissen nur gewöhnliche Amnesie beobachtet wurde. **Kramm.**

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

Finger, Ghon und Schlagenhaufer: **Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Processes. (Ueber Endocarditis, Arthritis, Prostatitis follicularis gonorrhoica.)** (Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1895.)

Nachdem die Autoren sämtliche bisher bekannten Fälle von sog. „Endocarditis gonorrhoica", deren Aetiologie aber meist zweifelhaft war, erwähnt haben, beschreiben sie sehr ausführlich einen Fall von nach dem pathologischen Befunde unbestreitbarer Endocarditis gonorrhoica. Alle bisherigen Fälle, mit Ausnahme des einen von Weichselbaum, in dem als Aetiologie eine Mischinfection festgestellt wurde, entbehren der festen Begründung, da keine Culturversuche überhaupt vorgenommen wurden, um so wichtiger und interessanter ist der zu referirende Fall, in dem mit der klinischen Diagnose sich exact der bacteriologische Nachweis verbindet.

Der Fall betrifft einen 19jährigen Mann, der Sommer 1894 eine Gonorrhoe acquirirte, die chronisch wurde, es blieben Fäden im Urin zurück. Ende März 1895 acquirirte Pat. eine frische Gonorrhoe, am 15. April 1895 trat heftiger Schmerz und bald Schwellung des rechten Kniegelenks auf, auch Fieber. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus betrug die Temperatur 40,2°, im Allgemeinen waren die inneren Organe normal, aus der Harnröhre entleerte sich bei Druck reichlicher Eiter mit völlig typischen Gonokokken. Die Schwellung am Kniegelenk blieb unverändert, es zeigten sich dann die Symptome einer Aorteninsufficienz und zwar schon am 28. März bei einer Temperatur von 39,3°—39,7°. Nunmehr hörte ohne locale Therapie der vordem reichliche Ausfluß ganz auf. Das durch Na. salicylic. nur wenig beeinflußte hohe Fieber dauerte fort, es traten Schüttelfröste auf, am 3. Mai betrug die Temperatur 39,9°, und an diesem Tage starb Pat. unter den Zeichen des Collapses und Lungenödems.

Die klinische Diagnose war Endocarditis et Arthritis gonorrhoica. Bei der Section fand man auf der rechten und linken Aortenklappe massige, weiche Auflagerungen und Perforationen der Klappen, sowie Defecte im eitrig erweichten Myocard, die Milz war um das Doppelte vergrößert, das rechte Kniegelenk entleerte reichlich serös-eitrige

Flüssigkeit und zeigte eine starke Schwellung der Synovialis, aus der Urethra ließ sich kein Secret ausdrücken. Was noch besonders bemerkenswert ist, es fand sich im Gewebe der Prostata, die weder vergrößert noch indurirt war, links vom Caput gallinaginis eine runde, kirschkerngroße Absceßhöhle, ein folliculärer Absceß.

Die bacteriologische Untersuchung der Vegetationen am Endocard ergab typische Gonokokken, zum größeren Teile frei und in ihrer verschiedenen Tingirbarkeit an das Aussehen der Deckglaspräparate von Gonokokkenculturen erinnernd. Im Gelenksecret, in der Pars ant. und post. urethrae fanden sich keine Gonokokken, spärliche im Prostatasecret. Die Culturen mit endocarditischen Fetzen, Gelenksecret, Blut, Harnröhren- und Blasensecret gingen nicht an, der in Rinderserum-Peptonagar bestehende Nährboden ergab hinsichtlich der Gonokokken kein Resultat. Auch entstanden keine Eiterkokkenculturen. Derselbe Nährboden, mit Eiter einer acuten Gonorrhoe und Eiterkokken beschickt, gab positive Ergebnisse, so daß also der Nährboden das negative Resultat nicht verursacht haben konnte. Aus diesen Befunden folgt also, daß erstens kein Fall von Mischinfection vorlag, da die Eitererreger fehlten, zweitens, daß die Gonokokken der Endocarditis ihre Vitalität eingebüßt hatten. Bei der Untersuchung der Vegetationen am Endocardium fanden sich an den peripheren Teilen die Gonokokken in den Zellleib der Eiterkörperchen, wie gewöhnlich, eingeschlossen, im Centrum frei und den auf den künstlichen Nährböden angegangenen Colonien gleichend, ferner aber noch, characteristisch durch die Spalten der Vegetation sich Paar für Paar vorschiebend, in der Unregelmäßigkeit der Marschlinie nicht mit den Streptococcusketten zu verwechseln. Das Myocard zeigte teils eitrige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, teils fibrinöse Exsudation. Die Milz präsentirte einen Infarct, der nicht eitrig zerfallen, die bacteriologische Untersuchung desselben war negativ, im Myocard, Kniegelenk und in der Harnröhre fand man Gonokokken intracellulär und spärlich, überall eitrige Infiltration. In dem kleinen folliculären Abscesse der Prostata sah man auch spärliche Gonokokken. Auf Grund ihrer Befunde kommen die Autoren zu folgenden Schlüssen:

1) Es giebt eine durch den Gonococcus bedingte maligne Endocarditis.

2) Der culturelle Nachweis des Gonococcus ist schwierig, vielleicht ausgeschlossen, da der Gonococcus durch mehrtägiges hohes Fieber seine Vitalität einbüßt.

3) Characteristisch für den Gonococcus in den Vegetationen sind außer Form und Tinctionsverhältnissen die drei Arten seines Vor-

kommens im Gewebe, sein intracelluläres Vorkommen, sein Auftreten in großen Haufen mit dem Aussehen einer Gonokokkenreincultur, sein Vorschieben in einreihigen, unregelmäßigen Colonnen durch Gewebsspalten.

4) Ist so der Gonococcus als Erreger einer malignen Endocarditis erkannt, so ergeben sich zwanglos Differenzen zwischen seiner Thätigkeit und der der vulgären Eiterkokken. Der Gonococcus benutzt vorhandene Hohlräume zur Verbreitung, der Eitercoccus durchdringt das Gewebe, ersterer bedingt rein eitrige Entzündung und Granulationsbildung des Gewebes, letzterer bedingt acute Entzündung mit Leukocytose und Fibrinexsudation. Ferner werden Gonokokken durch mehrtägiges constantes Fieber von 39—40° abgetötet, Eiterkokken nicht, aus seiner Qualität als schwächerer Microbe folgt die größere Benignität der gonorrhoischen Processe.

5) Die metastatischen Complicationen der Gonorrhoe erfolgen durch die Blutbahn.

6) Es ist anatomisch festgestellt, daß die Prostatitis follicularis acuta sich als ein Pseudoabsceß, d. h. Eiterretention in einem verstopften Ausführungsgang darstellt, daß ferner auch eine palpatorisch nicht vergrößerte Prostata doch gonorrhoisch erkrankt sein kann.

Hz.

Hammer (Heidelberg): **Beitrag zur Cultur des Gonococcus.** (Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 51. — Centralbl. f. Gynäkologie 1896, No. 8.)

H. hat durch eine Reihe von Versuchen festgestellt, daß eiweißhaltiger Urin, mit Agar und Glycerin-Agar zu Platten ausgegossen, für die Cultur des Gonococcus einen Nährboden darstellt, der im Verhältnis zu den bis jetzt besten Nährböden, nämlich Menschenblut- und Rinderblutserumagar, 1) noch viel günstiger ist, 2) viel leichter zu beschaffen und leichter steril zu erhalten resp. zu sterilisiren ist, 3) sowohl das Plattenverfahren als die Finger'sche Methode (Benutzung Petri'scher Schalen nach Analogie der schräg erstarrten Röhrchen) anzuwenden erlaubt, 4) ein unbeschränktes Fortführen der Culturen gestattet.

Betreffs der Details muß auf das Original verwiesen werden. H.

Kiefer: **Zur Frage der Eigenbewegung der Gonococcen.** Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 15. Jan. 1896. (Allgem. med. Centralzeitung 1896, No. 7.)

Herr Moore hatte in der Gesellschaft mikroskopische Präparate demonstrirt, an denen die Eigenbewegung der Gonokokken gezeigt werden

sollte. M. hält die in den Präparaten sich bewegenden Körnchen nicht für Gonokokken, die etwa 10 Mal so groß wären, sondern für normale Granulationen der Eiterzellen; durch Kochsalzzusatz seien diese Granulationen in Bewegung gesetzt worden. Sonst fände man bei Untersuchung von Präparaten in der feuchten Kammer keine Bewegung, diese werde erst durch Zusatz von Kochsalzlösung hervorgerufen; doch bewegen sich nie die Gonokokken, sondern nur die Granulationen, und zwar schneller die neutrophilen als die eosinophilen, da erstere wasserbegieriger, letztere aber schwerer sind.

Die Bewegung im hängenden Tropfen, die von Moore demonstrirt worden war, sei keine Eigenbewegung gewesen, sondern eine oscillirend rotatorische, die sich in jedem hängenden Tropfen befinde: auch könnten im hängenden Tropfen keine Gonokokken gewesen sein, da sie aus Speichel-Glycerin-Agar stammen sollten und in diesem Nährboden keine Gonokokken wachsen.

Kiefer betont, daß zur Erklärung der Progredienz des gonorrhoischen Processes die Annahme einer Eigenbewegung der Bacterien ebenso wenig nötig sei, wie zur Erklärung des Fortschreitens des Erysipels eine (nicht vorhandene) Eigenbewegung des Streptococcus.

Herr Meißner hält gegenüber Kiefer die Anschauungen von Moore aufrecht, da Gonokokken gezeigt worden sind, und da Bewegungen gegen den Flüssigkeitsstrom gesehen worden sind. M. behauptet, daß auch auf Speichel-Glycerin-Agar Culturen von Gonokokken zu erzielen sind.

Bock.

W. Fischer (Altona): **Ueber Kindergonorrhoe.** (Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 51. — Centralbl. f. Gynäk. 1896, No. 8.)

F. berichtet über 54 in dem Altonaer Kinderhospitale behandelte Fälle von Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Bei 4 derselben handelte es sich um einen gewöhnlichen Fluor, welcher in seinem Verhalten völlig von der frischen Gonorrhoe abwich (spärliches, dünnflüssiges, milchiges Secret, hauptsächlich aus Plattenepithelien und einer bunten Flora verschiedener Pilze, nur aus vereinzelten Eiterkörperchen bestehend); 50 Kinder litten an echter Gonorrhoe. Nur bei einem der letzteren hatte ein Stuprum stattgefunden, sonst war die Uebertragung auf Familienmitglieder, Dienstmädchen, Hausbewohner etc. zurückzuführen. Im Altonaer Kinderhospital herrschte die Gonorrhoe seit Jahren endemisch. Ein bestimmter Modus der Uebertragung ließ sich nicht ermitteln.

Die jüngeren Jahrgänge der Kinder bis zu ca. 6 Jahren waren stärker vertreten als die älteren, die freilich auch nicht verschont blieben. Heruntergekommene, scrophulöse oder rachitische Kinder wurden keineswegs vorzugsweise befallen.

Das klinische Bild war im Großen und Ganzen bei allen Fällen

dasselbe. Als besonders characteristisch für Gonorrhoe bezeichnet F. das Verklebtsein der beiden großen Schamlippen, die an ihren Rändern je einen hochroten, mit Eiterborken bedeckten Streif zeigen. Im Gegensatz zu anderen Autoren fand er auch bei Kindern häufig die Bartholin'schen Drüsen an der Gonorrhoe beteiligt. Die subjectiven Beschwerden waren fast immer sehr gering oder fehlten auch ganz. Bis zur Heilung verflossen Wochen und Monate.

Die Therapie bestand im Anfange in Bettruhe, dann in Sitzbädern, oft mit Zusatz von Kal. hypermang. und in 3 Mal täglich wiederholten Ausspülungen der Scheide mit 1—2proc. Zinc. sulf.-Lösung. Die Urethritis verlangte meist keine besondere Behandlung. Zum Schluß betont Verf. die Wichtigkeit der Prophylaxe, welche er kurz skizzirt.

K.

Th. Baer: **Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen.** (D. med. Woch. 1896, No. 8.)

die spärlichen Publicationen über die gonorrhoischen Erkrankungen des Rectum sind von Neuberger in seiner Arbeit „Ueber Analgonorrhoe"[1]) kurz zusammengefaßt, und auf dem II. internat. dermat. Congreß wurde von Neisser eine größere Aufmerksamkeit für diese Erkrankung gefordert. Es scheint, daß sie in der That bisher wenig Beachtung gefunden hat. Auf der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses in Frankfurt a. M. wurden vom 15. Juni 1895 bis 1. Januar 1896 im Ganzen 296 geschlechtskranke weibliche Personen aufgenommen; unter diesen waren 191 mit Gonorrhoe event. zusammen mit Syphilis behaftet. Von diesen 191 hatten 67 Rectalgonorrhoe, d. h. 35,1 pCt. aller Gonorrhoischen und 22,6 pCt. aller venerischen Patientinnen überhaupt. Diese auffallend hohe Zahl erklärt sich wohl daraus, daß sämtliche Patientinnen ebenso wie in Urethra und Cervix auch im Rectum mindestens drei Mal auf das Vorhandensein von Secret bezw. von Gonokokken in demselben untersucht wurden, während von anderer Seite nur in den Fällen eine mikroskopische Untersuchung vorgenommen wurde, wo besonders starke subjective Erscheinungen auf die Möglichkeit einer Rectal-Erkrankung hinwiesen. Die Untersuchung geschah in der Weise, daß das von Lanes angegebene dreiblättrige Mastdarmspeculum, mit Olivenöl schlüpfrig gemacht, geschlossen ca. 5—6 cm weit in den Mastdarm eingeführt wurde. Nach Auseinanderstellen der Blätter durch eine Cremaillère kann man diezwischen je zwei Blättern liegende Mastdarmschleimhaut genau übersehen. Um die noch von

[1]) Arch. f. Dermat. u. Syph., 1893.

denselben bedeckte Schleimhaut zu Gesicht zu bekommen, muß man das Speculum noch einmal einführen in einer zur ersten senkrechten Richtung. Von dem der Schleimhaut meist sehr zähe aufsitzenden Secret wird unter Leitung des Auges mit einer ausgeglühten Platinanadel etwas entfernt unter Vermeidung der Mitnahme etwaiger Kotbestandteile und auf den Objectträger aufgestrichen. In sämtlichen Fällen waren so typische Gonokokken, d. h. in Haufen, besonders intracellulär gelagerte Diplokokken mit der characteristischen Kaffeebohnenform nachweisbar. Sie entfärbten sich nach der Gram'schen Methode. Der culturelle Nachweis wurde gestört durch Verunreinigung mit Culturen von allen möglichen anderen im Rectum vorhandenen Mikroben.

Für das Zustandekommen der Rectalgonorrhoe liegen drei Möglichkeiten vor: 1) Directe Infection durch widernatürlichen Coitus, ein Modus, den Verf. nur in einem kleinen Teile der Fälle für wahrscheinlich hält; 2) Durchbruch bezw. Communication eines gonorrhoisch erkrankten Organs mit dem Rectum und auf diese Weise Secundärinfection — auch dieser Modus war in keinem Falle nachweisbar; 3) Ueberfließen resp. mechanisches Hineinbringen des gonorrhoischen Secretes von den Genitalien nach dem Mastdarmeingang — diese Möglichkeit dürfte für die meisten Fälle zutreffen. 61 der Patientinnen hatten bei ihrer Aufnahme einen gonorrhoischen Cervix fluor, und die Möglichkeit, daß das gonorrhoische Secret des Cervix nach der Analöffnung überfließen könnte, wird gesteigert durch gewisse prädisponirende Momente, wie den Verlust der Straffheit der Genitalien, das Klaffen der Schamspalte, alte Dammrisse etc. Die Beschaffenheit des Analeingangs selbst ließ keine für die Frage entscheidenden Momente erkennen. Bei einer verhältnismäßig kleinen Anzahl muß die Frage der Hospitalinfection durch Klystiere, Einführen von Thermometern etc. noch offen gelassen werden.

Was die klinischen Erscheinungen betrifft, so bestanden in vielen Fällen überhaupt keine subjectiven Erscheinungen. Nur ein kleiner Teil der Patientinnen, besonders die, bei denen sich am Analeingang Ulcera fanden, klagten über Schmerzen und Brennen beim Stuhlgang und über Juckgefühl, einige gaben auch an, Abgang von Eiter und auch Blut aus dem Rectum bemerkt zu haben. Spitze Condylome und ekzematöse Reizung wiesen nur wenige Fälle auf. In 10 Fällen bestand am Uebergang der Haut in die Schleimhaut ein oberflächliches kahnförmiges Ulcus, regelmäßig an der vorderen oder hinteren Wand der Analöffnung sitzend, die Oberfläche dem Cavum recti zugewandt. Bei mikroskopischer Untersuchung von drei zu diesem Zwecke excidirten Ulcera mittelst Methylenblaufärbung (nach Sahli) konnten niemals

Gonokokken im Schnittpräparat nachgewiesen werden. Derartige Ulcera fanden sich auch bei Personen, bei denen keine Rectalgonorrhoe vorlag. Die Rectalschleimhaut selbst war stark gerötet, stark gefaltet und glänzend und leicht zu Blutungen geneigt. Die Menge des Secrets war sehr wechselnd, nur selten ausgesprochener Fluor vorhanden, meist handelte es sich um große Eiterpfropfen oder kleine eitrige Streifen, welche ziemlich fest auf der Schleimhaut aufsitzen. An der Oberfläche der Faeces zeigten sich in den meisten Fällen kleine Eiterstreifen, nur in einem Falle waren die Faeces innig mit Flocken vermengt. 2 Mal wurde gleichzeitig eine Periproctitis beobachtet, von denen die eine spontan zurückging, die andere incidirt wurde. In dem Absceßeiter waren keine Gonokokken nachweisbar, auch eine Communication mit dem Rectum ließ sich nicht finden. Die Incisionsstelle brach indeß nach anfänglicher Heilung wieder auf, und nun ließen sich in dem Secret typische Gonokokken nachweisen, und auch bei der Sondenuntersuchung eine Communication mit dem Rectum constatiren.

Die Therapie bestand in täglichen Ausspülungen mit 3proc. Borsäurelösung zur Entfernung des Secretes, dann mit Argentumlösung 1:3000, von beiden Flüssigkeiten je $^1/_2$ l; die Ausspülung geschah nach Einführung des Mastdarmspeculum. Erosionen der Schleimhaut wurden mittelst eines in 2proc. Argentumlösung getauchten Wattestäbchens gepinselt, auch Ichthyolstangen kamen zur Anwendung. Die Ausspülungen wurden so lange fortgesetzt, bis das Secret zwei Mal gonokokkenfrei war. Fanden sich nach Aussetzung der Behandlung nach weiteren drei Tagen keine Gonokokken, so wurde die Patientin geheilt entlassen.

Von 12 Fällen, welche ein zweites Mal in's Hospital kamen, waren 7 von Neuem an Rectal- und Cervixgonorrhoe erkrankt. — Der Zeitpunkt des Verschwindens der Gonokokken ist sehr variabel; einige Fälle waren schon nach 4—5 Wochen gonokokkenfrei, andere noch nach Monaten nicht. — Die hier mitgeteilten Beobachtungen dürften auch nicht ohne eine gewisse forensische Bedeutung sein; so wird es z. B. in jedem Falle von Stuprum notwendig sein, auch das Rectum einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Kramm.

Powarkin: **Die Gonokokken bei Gonorrhoe.** (Wojenno-Medicinski Journal. — St. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1896.)

Auf Grund umfangreicher, an einem großen Material des Militärhospitals zu Warschau angestellter Beobachtungen gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1) Die Fälle ohne Gonokokken verlaufen durchschnittlich rascher, als die mit denselben;

2) Eiterzellen sind in den Fällen von Tripper ohne Gonokokken viel weniger zu finden, als in denjenigen, wo Gonokokken vorhanden sind. In 18,82 pCt. der Fälle ohne Neißer'sche Kokken fanden sich gar keine Eiterzellen; sind doch dieselben vorhanden, so verschwinden sie viel rascher, als in Fällen, wo Gonokokken nachweisbar sind;

3) die Menge des Plattenepithels ist ebenfalls gering bei Gonorrhoe ohne Kokken; in Fällen, in denen letztere vorhanden waren, wurde völliges Fehlen von Plattenepithelien in 12,08 pCt. beobachtet; in Fällen ohne Gonokokken fehlten die Epithelien in 27,05 pCt.;

4) Cylinderepithelien waren in 43,53 pCt. der Fälle mit Gonokokken vorhanden und in 18,82 pCt. der Fälle ohne Gonokokken;

5) andere Mikroben wurden in beiden Arten von Gonorrhoe fast in gleicher Menge beobachtet. Li.

Dr. Otto Käufer: **Ueber die Beziehungen der Filamenta urethralia zur chronischen Gonorrhoe.** (Derm.Zeitschr. 1896.)

Das Resultat, zu welchem Gabriel 1890 in seinen Untersuchungen an 100 Fällen acuter und chronischer Gonorrhoe gelangte, „daß die Filamente bei Gonorrhoea chronica Gonococcen nie enthielten, während der Nachweis derselben bei Gonorrhoea acuta fast stets geführt werden konnte“, schienen den Erfahrungen der Praxis einigermaßen zu widersprechen, nachdem die Uebertragbarkeit der chronischen Gonorrhoe selbst ohne andere Symptome als das Vorhandensein der Urethralfäden ziemlich sicher nachgewiesen war. Verf. stellte nun auf Anregung von Prof. Lassar eine Nachprüfung an und giebt in seiner Arbeit die Ergebnisse einer gründlichen Untersuchung an 50 Fällen subacuter und chronischer Gonorrhoe wieder. — Was zunächst die Structurverhältnisse der Filamente betrifft, so fand er in Uebereinstimmung mit Fürbringer und Gabriel stets eine faserige Grundsubstanz, welche, je nachdem sie reichlich oder spärlich vorhanden war, die Filamente als Fäden oder mehr bröcklige Krümel erscheinen ließ.

Epithelien verschiedener Art vermißte er nie, dagegen vermochte er nicht in allen Fällen das Vorhandensein von Rundzellen bezw. Eiterzellen und Schleimkörperchen festzustellen. Die Untersuchung auf Bacterien in den Urethralfäden ergab:

Keine Bacterien	15 Mal	= 30 pCt.,
typische Gonococcen	7 Mal	= 14 pCt.,
Stäbchen und Coccen	10 Mal	= 20 pCt.,
Coccen verschiedener Art	18 Mal	= 36 pCt.

Unter den 7 Fällen, in welchen der Nachweis der Gonococcen gelang, befanden sich 2, in denen kein Ausfluß bestand.

In Bezug auf Complicationen des Trippers gelang es Verf. nicht,

bestimmte Bacterienarten zu finden, welche man etwa als die Ursache desselben ansehen könnte. Der positive Gonococcenbefund in 14 pCt. der Fälle erscheint ihm um so bemerkenswerter, als er jeden Fall nur einmal untersuchte und niemals die von Neisser empfohlene provocatorische Einspritzung leicht reizender Mittel anwandte. Verf. faßt das Resultat seiner Untersuchungen dahin zusammen, daß die Filamente im Harn der chronischen Gonorrhoiker verhältnismäßig selten bacterienfrei, manchmal auch bei einmaliger mikroskopischer Untersuchung nachweisbare Gonococcen, in weitaus der Mehrzahl der Fälle aber Bacterien verschiedener Art beherbergen. Es besteht also nach Ansicht des Verf.'s, wenn auch nicht jeder Fall von chronischer Gonorrhoe, dessen einziges Symptom die Filamente bilden, infectiös sein muss, immerhin eine verhältnismäßig große Gefahr der Uebertragung dieser Krankheit. Was die Behandlung dieser chronischen Fälle anbetrifft, so muß dieselbe natürlich eine locale sein. In der Poliklinik des Herrn Professor Lassar werden derartige Patienten mit local applicirten Installationen von Höllensteinlösungen bezw. Bougies behandelt, womit meistens in 3—4 Monaten Heilung erzielt wird. Arnheim.

Klotz: **Endoskopische Untersuchung der Vegetationen, Polypen, Angiome etc. der Harnröhre.** (The New-York médic. journ., 26. Januar 1895.)

Die Papillenwucherungen und Vegetationen der Urethralschleimhaut, die in dem Niveau oder der Nachbarschaft der Harnröhrenöffnung sich befinden, sind ebenso leicht zu diagnosticiren und zu behandeln wie die auf der Glans. Die tiefer liegenden Vegetationen sind besonders 1884 von Rosenthal genau abgehandelt worden. Dann beschreibt Oberländer eine Urethritis papillomatosa. Bemerkenswert ist ein Fall von Everzole und Briggs. Er betrifft einen 26jährigen Mann, der wegen eines hartnäckigen Ausflusses endoskopirt wurde. Während der Behandlung erscheint eine acute Urethritis mit einer inguinalen Adenitis, die die Endoskopie unmöglich macht. Als diese wieder stattfinden konnte, fand man die Schleimhaut mit papillomatösen Excrescenzen bedeckt, die besonders die untere Wand bedeckten; sie bluteten wenig und fanden sich besonders im Bulbus, in der mittleren Partie der vorderen Urethra, in der Fossa navicularis. Die Vegetationen wurden teils mit dem Schlingenschnürer, teils mit Curette und Chromsäure entfernt, es fand keine besondere Blutung statt, es zeigte sich die Chromsäure ganz unschädlich. Nach sechs Monaten erfolgte dauernde Heilung. Das besonders Interessante an dem Fall ist die Schnelligkeit der Entwicklung der papillomatösen Massen, der Irrtum, den man begehen kann und den Untersucher an eine breite Verengerung denken läßt, wenn man statt mit dem Metallkatheter mit dem Bougie à boule explorirt, schließlich die Unschädlichkeit der Chromsäure.

Die Polypen sitzen nach K. in der Pars membranosa, während die meisten Autoren den Sitz in die Urethra anterior verlegen. Sie veranlassen nur wenig Symptome, bei der Exploration mit dem Urethrometer oder dem Bougie à boule erhält man den Eindruck einer Verengerung, während der Metallkatheter ohne Widerstand durchgeht. Die Endoskopie zeigt einen weißlichen, cylindrischen Körper, der die ganze Tubenlichtung ausfüllt. Die Behandlung besteht in Curettage mit Chromsäureätzung.

Von cavernösen Angiomen ist nur ein Fall bekannt, den K. bei einem alten Gonorrhoiker fand. Ferner beobachtete K. einen echten Fall von Diphtherie der Harnröhre, d. h. er fand eine sehr adhärente Membran, die nur mühsam sich in Fetzen ablösen ließ, eine Adenitis zur Folge hatte und die Harnröhre verengte. Bei zwei Kranken sah K. im Endoskop Secretion von Eiter aus dem Ductus ejaculatorii. Hz.

Thiem und Borchardt (Cottbus): **Versuch, die Folgezustände eines chronischen Trippers als Unfallfolgen darzustellen.** (Monatsschr. f. Unfallheilk., 1896, No. 2.)

Ein 20jähriger Arbeiter will beim schnellen Bücken während der Arbeit plötzlich heftige Schmerzen in der linken Leistenbeuge und überhaupt in der ganzen Unterbauchgegend verspürt haben. Von dem untersuchenden Arzte wird an demselben Tage constatirt: Entzündung des linken Samenstranges sowie Krampfaderbruch an diesem und am rechten Samenstrange, Anschwellung des Hodensackes und beider Leistengegenden. 4 Wochen später, nach Abschwellung der Leistengegenden, stellen zwei untersuchende Aerzte fest: Anlage zum doppelseitigen Leistenbruch mit durchgängigem Leistencanal, mäßig entwickelter rechtsseitiger und stärker entwickelter linksseitiger Krampfaderbruch. Diese Erkrankungen konnten nach dem ärztlichen Gutachten unmöglich in wenigen Stunden nach dem Unfall entstanden sein, dagegen könne durch das plötzliche Bücken eine Quetschung und Entzündung des Samenstranges entstanden sein, welche ihrerseits durch die mit ihr verbundene Blutstauung zur Weiterentwicklung der Krampfaderbrüche geführt habe. Ca. 9 Wochen später fand nochmals eine gemeinschaftliche Untersuchung durch die beiden Aerzte statt, wobei „doppelseitige Leistenbruchanlage, mäßiger linksseitiger Krampfaderbruch, schwache Andeutung eines solchen rechterseits, Empfindlichkeit beider Samenstränge, von denen der linke etwas verdickt war“, gefunden wurde. Abnorme Bestandteile im Harn wurden nicht entdeckt. Die untersuchenden Aerzte hielten den Patienten „gegenwärtig zur Verrichtung von Arbeiten in sitzender Stellung für fähig und auch wohl zu solchen, bei denen nicht ein anhaltendes Stehen, Gehen, Bücken oder Treppensteigen notwendig ist.“ Sie wünschten zur genauen Feststellung der Unfallfolgen und des gegenwärtigen Grades der Erwerbsverminderung Beobachtung in einer Klinik.

Der Untersuchungsbefund in einer Anstalt ergiebt: Tieferstand des linken Hodens, Anschwellung desselben und des linken Nebenhodens, Druckempfindlichkeit des letzteren und des linken sowie rechten Samenstranges,

von denen der linke noch etwas geschwollen ist, und die beide eine mäßige Entwicklung der Blutgefäße zeigen, und zwar so geringfügige, daß diese den Namen von Krampfaderbrüchen kaum verdienen. Außerdem besteht Anlage zu beiderseitigem directen Leistenbruch und eine mäßige Anschwellung der beiderseitigen Leistendrüsen. Im Urin schwimmen vielfach schleimig-eitrige Fäden, welche unter dem Mikroskop das typische Bild der Tripperfäden bieten. Die weitere Beobachtung ergiebt Verklebung der Harnröhrenmündung am Morgen und Bonjour-Tropfen. Der Verdacht, daß es sich um eine chronische Gonorrhoe handelt, wurde bestätigt durch die Einführung eines elastischen Katheters No. 18 in die Harnröhre; 13 cm von der äußeren Oeffnung stieß er auf ein Hindernis, endlich waren in dem Secret noch Gonokokken nachweisbar. Danach gaben die Anstaltsärzte folgendes Urteil ab: „Es liegen die Folgen eines gewöhnlichen chronischen Trippers vor. Die Verschlimmerung der Samenstrangs- und Nebenhodenentzündung, wie sie zufällig beim Bücken während der Arbeit passirt ist, wäre auch eingetreten, wenn der Pat. garnicht gearbeitet hätte und nur ohne Suspensorium auf den Beinen gewesen wäre. Die Arbeit und das Bücken, eine an und für sich wohl schwerlich einen Betriebsunfall darstellende Verrichtung, haben als solche nicht den geringsten verschlechternden Einfluß auf das Geschlechtsleiden des Pat. gehabt.“ — Das bisherige Uebersehen der Geschlechtserkrankung lag an der ambulanten Behandlung, welche die Beobachtung am Morgen unmöglich gemacht hatte. K.

Max Schlifka: **Die Bacteriurie als Complication der gonorrhoischen Erkrankung.** (Wien. med. Presse, 1896, No. 13.)

Die Bacteriurie sieht man sehr häufig im Gefolge des gonorrhoischen Processes auftreten. Die dadurch bedingte Trübung des Harns ist bei manchen Patienten nicht constant und von gewissen Umständen abhängig. In solchen Fällen ist natürlich niemals die Blase selbst der eigentliche Herd der Erkrankung; denn in ihr sind die Bedingungen für das Zustandekommen der Trübung immer die gleichen, unwandelbaren.

Läßt man solche Kranke, zu deren gonorrhoischem Proceß die Bacteriurie als Complication hinzutritt — vorausgesetzt, daß eine instrumentelle Infection ausgeschlossen ist —, in 2 oder 3 Gläser uriniren, so findet man die Bacteriurie vergesellschaftet mit den Secreten der Gonorrhoe. Je nach der Ausbreitung und Acuität derselben kann das Bild der Mehrgläserprobe gestört und die Differentialdiagnose, namentlich in den chronischen Fällen, erschwert sein.

Ist die instrumentelle Infection mit Bacterien durch die Anamnese ausgeschlossen, so bleiben folgende Möglichkeiten für deren Einwanderung in die Blase:

1) per urethram,

2) von benachbarten Organen entweder durch directe Communicationen mit dem unterstenDarmabschnitt durch die Prostata oder auf dem Wege der Lymphbahnen.

Durch die Veränderungen, die der Gonococcus im Epithel schafft, sind auch mit einem Schlage günstige Bedingnngen für das Gedeihen anderer Mikroorganismen vorhanden, unter denen speciell Bacterium coli commune die Trübung des Harns hervorruft.

Melchior war der Erste, der diesen Mikroorganismus bei gesunden Individuen nachwies, aber niemals in der Urethra, sondern im Präputium und in der Vulva. Erst mit den Veränderungen, die der Gonococcus im subepithelialen und submucösen Gewebe erzeugt, ist der Weg frei, ohne daß sich jedoch das Bacterium coli in der Harnröhre ansiedelte. Sein wahrer Wohnsitz sind die hinter dem Compressor gelegenen Teile des Harnapparates, und obwohl jede Harnentleerung ungeheure Mengen von ihm in die Harnröhre wirft; erscheint es hier mit seltener Ausnahme nur als „Microbe du passage“ (Guyon).

Eine zweite viel wichtigere Pforte für die Einwanderung stellt die Prostata dar. Sind in Verlaufe der gonorrhoischen Entzündung die Drüsen und Ausführungsgänge der Vorsteherdrüse denselben pathologischen Veränderungen unterworfen worden, so können die Bacterien aus dem untersten Darmabschnitte ebenfalls einwandern, entweder direct, wenn ausgedehntere Zerstörungen des Parenchyms stattgefunden haben, die eine Communication mit der hinteren Harnröhre schaffen, oder aber, wenn kleine Drüsenanteile an der Peripherie der Prostata abscediren durch Uebergang in dieselbe oder in die Lymphbahnen.

Ist die Trübung des Harnes nicht constant, so kann man die Infectionen als sicher von der Prostata ausgehend annehmen, da dieselbe eben ihren Inhalt nur unter gewissen Bedingungen in die hintere Harnröhre entleert, wie z. B. bei schwerer Defäcation, wo eine rein mechanische Compression stattfindet.

Ein anderes Moment kommt bei den Kranken zur Geltung, die nur dann die Symptome der Bacteriurie im Harne zeigen, wenn sie genötigt sind, den Urin zu verhalten, wobei eine directe Communication der Blase mit der Urethra prostatica hergestellt wird.

Gewöhnlich macht die Bacteriurie keine Beschwerden; in vielen Fällen jedoch ist sie von höchst markanten Erscheinungen begleitet. Diese sind entweder rein locale oder allgemeine. Zu den ersteren gehört des plötzliche Auftreten von Ausfluß aus der vorderen Harnröhre bei Individuen, bei denen die Secretion schon längst verschwunden war und die sicher zuvor keinen Exceß begangen hatten. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergiebt hier regelmäßig die völlige

Abwesenheit von Gonokokken — im Gegensatze zu einer exacerbirenden Gonorrhoe — jedoch Massen von Bacterium coli. Der Ausfluß besteht aus einem dicken, rahmigen Eiter und ist den gewöhnlichen Adstringentien gegenüber ziemlich resistent. Ist er einmal verschwunden und der Status quo ante wieder hergestellt, dann bleibt wieder das alte Bild des durch die Bacterien getrübten Harnes mit den Fäden und Flocken. Die wahrscheinlichste Erklärung für das Zustandekommen dieser Eiterung ist, abgesehen von jenen Fällen, in denen die Infection aus dem Präputialsack stammt, die, daß das durch den Gonococcus veränderte Epithel der Harnröhre in dieser Weise auf die Reizung des mit Bacterien überladenen Harnes reagirt. Besonders bei jenen Kranken, bei denen der reichliche Eitergehalt der Fäden, auch bei Abwesenheit von Gonokokken, noch auf einen lebhaften Proliferationsproceß in der Schleimhaut hinweist, mag unter gewissen disponirenden Umständen das Eindringen anderer Bacterien genügen, um die vorhandenen Infiltrate zu neuerlicher stärkerer Secretion anzuregen.

Ungleich beängstigender stellen sich jene Fälle dar, in denen die Kranken Allgemeinerscheinungen zeigen. Dieselben documentiren sich in einem continuirlichen oder auch zeitweise auftretenden Fieberzustand, verbunden mit großer körperlicher Abgeschlagenheit, Uebelbefinden und Brechreiz. Zu wiederholten Malen konnte Verf. beobachten, daß bei temporärer Bacteriurie der Moment, in dem die Trübung des Harnes eintrat, durch einen Schüttelfrost gekennzeichnet wurde. Ein länger dauerndes Fieber ist, auch ohne Cystitis, durch die Resorption der Toxine erklärt; ob aber das plötzliche Einsetzen nicht so zu deuten wäre, daß mit dem Bacterium coli auch andere Mikroorganismen aus tiefliegenden, sich öffnenden Absceßherden der Prostata in die Harnwege gelangen, oder ob die plötzliche Ueberflutung durch Bacterien Veranlassung zu einer Art von Urinfieber abgiebt, ist schwer zu entscheiden.

Nach dem Fieberanfall herrscht dann wieder relatives Wohlbefinden, nur der trübe Harn erinnert an das Vorgefallene. Es braucht dann gewöhnlich einige Zeit, bis die Blase sich spontan der eingedrungenen Fremdlinge entledigt — vorausgesetzt, daß es überhaupt geschieht. Das ist nur bei vollkommener Sufficienz möglich, da sonst in dem Residualhnrne eine fortwährende Quelle zur Regenerirung, eine Art Nährboden, vorhanden bleibt.

Die Prognose der Bacteriurie hängt wesentlich ab von dem Modus, in dem die Infection geschehen ist. Sie ist quoad restitutionem in integrum absolut schlecht, wenn eine directe Communication des Mastdarmes mit der Prostata besteht, und ist zweifelhaft für die Fälle,

in denen Wechsel der Trübung die Vorsteherdrüse als wahrscheinlichen Ursprungsort vermuten läßt. Hoffnung auf dauernde, vollkommene Klärung des Harnes geben nur jene Formen, in denen die Blase allein als inficirt angesehen werden muß.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Ehe gestattet ist, stellt die Bacteriurie allein für dieselbe kein Hindernis dar, wenn man mit einiger Sicherheit die vollständige Heilung des gonorrhoischen Processes constatiren kann. Irgend welche Schädigung der Frauen durch geschlechtlichen Verkehr mit derart Afficirten hatte Verf. nie Gelegenheit zu beobachten.

Die locale Behandlung der Bacteriurie besteht in Eintropfungen concentrirter Lösungen von Argentum nitricum in die Blase, event. nach vorausgeschickter Waschung mit einer Borlösung für die Fälle, in denen die Prostata nicht beteiligt erscheint. Besteht jedoch die geringste Möglichkeit der Miterkrankung, dann muß mit Expression der Vorsteherdrüse vom Rectum her und Aetzungen der Pars prostatica urethrae vorgegangen werden. Von innerlichen Medicamenten kämen die Salicylsäure und deren Derivate in Betracht. Kramm.

E. Leyden: **Ueber die inneren Metastasen der Gonorrhoe.**

(Dermatologische Zeitschrift 1896, No. 1.)

Während es bereits seit geraumer Zeit den Aerzten bekannt war, daß die Blennorrhagie nicht blos am Orte der Infection sich entwickelt, sondern auch den Gesamtorganismus ergreifen und metastatische Krankheiten hervorrufen kann, ließ sich der absolute Beweis dafür erst seit der Entdeckung des Gonococcus durch Neisser bringen, insofern man nunmehr im Stande war, die characteristischen Eigenschaften dieses pathogenen Organismus an entfernten Punkten sicher wiederzuerkennen. Außer der am längsten bekannten und häufigsten Metastase, dem Tripperrheumatismus, macht nun die Blennorrhagie noch zweierlei andere Metastasen, nämlich 1) die Metastasen auf das Rückenmark, 2) die Metastasen auf das Herz, welche um so mehr Interesse erregen, als sie das Ergriffensein der edelsten Organe bedeuten, mit deren Erkrankung unmittelbare Lebensgefahr eintritt.

I. Die spinalen Metastasen der Blennorrhagie.

Bereits im Jahre 1833 wurde von dem Engländer Stanley über schwere Paraplegien berichtet, welche sich in Zusammenhang mit anderen Organerkrankungen, besonders Blasenerkrankungen, entwickelten und unter schwerem Verlaufe zum Tode führten. Da die Autopsie

nichts von der Norm Abweichendes im Rückenmark ergab, so bildete er die geistreiche, aber etwas gekünstelte Theorie aus, daß reflectorische Reizungen des Rückenmarks, ausgehend von erkrankten Organen, auch zu einer Lähmung führen können und nannte solche Paraplegien Reflexlähmungen. R. Remak vertrat dann die Anschauung, daß von dem erkrankten peripherischen Organ eine Neuritis aufsteige und schließlich auf das Rückenmark überginge. L. gelang es nun zuerst in Fällen von Paraplegien nach Blasenkrankheiten (Paraplegiae urinariae), welche tötlich verliefen, intensive anatomische Läsionen im Rückenmark, welche sich als schwere diffuse Myelitis erwiesen, zu finden. Die Reflextheorie war damit gefallen. Die Blasenleiden hingen in den meisten Fällen mit Gonorrhoe zusammen. Auch in den von Leroy d'Etiolles im Jahre 1855 in Paris zusammengestellten Fällen ergaben sich 33 pCt. im Gefolge der Gonorrhoe und in neuerer Zeit sind kaum noch andere beobachtet worden. Die Paraplegiae urinariae sind also zu blennorrhagischen Paraplegien, anatomisch zu Myelitiden, Meningitiden geworden, die zu den Metastasen der Gonorrhoe rechnen.

II. Die Endocarditis gonorrhoica.

Schon Bouillaud hat den Gedanken einer gonorrhoischen Herzmetastase ausgesprochen. Im Jahre 1862 oder 1863 wurde dann von Traube ein Fall von gonorrhoischer Endocarditis und etwas später von L. ein analoger in Straßburg beobachtet, ohne daß jedoch bei der Autopsie etwas Characteristisches nachgewiesen werden konnte. Erst im Jahre 1893 gelang es L. bei einem Falle von acuter ulceröser Endocarditis, der zur Section kam, in den fibrösen Auflagerungen Gonokokken zweifellos nachzuweisen. Die Anlegung einer Reincultur gelang nicht, jedoch hält dies L. zum vollen Beweise bei der Schwierigkeit des Gelingens einer solchen nicht für erforderlich. Eine Bestätigung dieses Befundes gelang dann in einem zweiten in letzter Zeit beobachteten Falle von ulceröser Endocarditis ebenfalls durch den sicheren Nachweis des Gonococcus in Stückchen der ulcerirten, mit Gerinnseln bedeckten Herzklappen. Arnheim.

J. Zawadski und L. E. Bregman: **Endocarditis gonorrhoica mit Embolie der Arteria fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Oedem.** (Wien. med. Woch. 1896, No. 8—9.)

17jähriges Mädchen, vor einem Monat in ein Bordell eingetreten, war mit Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Fieber und heftigen Gliederschmerzen erkrankt. Nach 6tägiger Behandlung Besserung. Nach erneuter Verschlimmerung Aufnahme in's Krankenhaus. Die Anamnese,

sowie der Befund — Vergrößerung der Herzdämpfung, praesystolisches Geräusch an der Spitze Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, Fieber mit Schüttelfrösten, rechtsseitige Hemiplegie und Hemianaesthesie — ließen die Diagnose auf eine Endocarditis mit Embolie der linken Art. fossae Sylvii stellen. Aus der Vagina schleimig-eitriger Ausfluß. Uterinsecret steril. Aus dem Vaginalsecret entwickeln sich Culturen von Staphylococcus pyogenes albus und Mikrococcus tetragenes. Gonokokken auch nach der Methode von Turró (Culturen auf saurer Gelatine) nicht nachweisbar. Im Verlaufe der Krankheit traten bei andauerndem Fieber weitere Complicationen hinzu: Pleuritis, Pericarditis, Coxitis, Nephritis parenchymatosa. Exitus nach ca. 12 Wochen. Die Section bestätigte die Diagnose; speciell am Herzen fand sich eine Endocarditis valvulae bicuspidalis verrucosa.

Bezüglich der Aetiologie konnte an einen vorangegangenen acuten Gelenkrheumatismus gedacht werden. Indeß lassen die Erfolglosigkeit der Salicylbehandlung und die Schwere der Erkrankung doch die Annahme einer gonorrhoischen Infection als Ursache zu, wenngleich weder im Vaginalsecret noch im Pleuraexsudat Gonokokken nachweisbar waren. Die Möglichkeit einer Infection lag aber schon $1^1/_2$ Monate zurück und so konnte das acute Stadium der Gonorrhoe bereits vorüber sein. Durch die Angaben von Leyden[1]), Chiasso und Isnarelli[2]), welche Gonokokken in den Herzklappen und in der Pleura gefunden hatten, angeregt, untersuchten die Verff. diese Organe — die Pleura mit negativem, die Excrescenzen an der Bicuspidalis mit positivem Ergebnis. In den letzteren fanden sie neben vielen anderen Kokken zahlreiche Neisser'sche Gonokokken (Differenzirung nach der Methode von Steinschneider und Galewski). Dieselben waren zum Teil gruppenweis in der Zwischensubstanz, zum Teil in den Zellen und in ihrer nächsten Nachbarschaft angeordnet, hatten die entsprechende Größe und Gestalt und entfärbten sich nach Gram. Am zahlreichsten waren sie, gleichwie auch die anderen Mikroorganismen, am freien Klappenrande; in den tieferen Schichten war ihre Zahl geringer. (Von einer Identificirung durch die Cultur ist nicht die Rede. Ref.) Die anderen, daneben gefundenen Kokken dürften auch eine atiologische Bedeutung beanspruchen. Wilms[3]) und Glaeser[4]) behaupten sogar, dass die Gelenkentzündungen und die Erkrankungen der serösen Häute

---

1) Deutsche med. Wochenschr. 1893.

2) Kron. lek. r. b. ref.

3) Int. klin. Rundsch. 1893, No. 52.

4) Jahrb. d. Hamb. städt. Krankenanst. T. III. Centralbl. f. inn. Med. 1894.

nach Gonorrhoe nicht vom Gonococcus selbst, sondern von anderen, in der Harnröhre befindlichen, eitererregenden Mikroorganismen bedingt werden, somit nur durch eine Mischinfection entstehen. Wilms fand in einem Falle von Endocarditis und Herzabsceß nach Arthritis gonorrhoica zahlreiche Eiterkokken, scheinbar dem Gonococcus ähnlich, deren Verhalten in Culturen jedoch von letzterem verschieden war. Dem gegenüber behaupten Bordoni und Uffreduzzi[5]) und Neisser[6]), daß die Gonokokken allein genügen, um die genannten Complicationen hervorzurufen, stimmen also darin mit Leyden überein. Die Verff. meinen, daß nach den bisherigen Befunden beide Möglichkeiten zugegeben werden müssen. In dem beschriebenen Falle handelt es sich um eine Mischinfection: in dem Scheidensecret und in der Pleura fanden sich Staphylococcus pyogenes albus und Micrococcus tetragenes, von denen auch der letztere zu den eitererregenden Mikroorganismen zu zählen ist. (Weiterhin werden in der Arbeit der eigenartige klinische Verlauf und besonders die nervösen Symptome besprochen.) K.

---

[5]) Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 22.
[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 15.

M. Michaelis: **Ueber einen neuen Fall von Endocarditis gonorrhoica.** (Zeitschrift f. klin. Med., 29. Bd., 5. u. 6. Heft.)

Im Jahre 1893 teilte v. Leyden[1]) den ersten Fall von Endocarditis nach Gonorrhoe mit, in welchem es gelungen war, Gonokokken in den endocarditischen Auflagerungen nachzuweisen und zwar als alleinigen Befund ohne andere Bacterien, wie etwa Strepto- oder Staphylokokken. Diesem ersten Falle wird vom Verf. ein zweiter in der Leyden'schen Klinik beobachteter gleicher Fall zugefügt.

25jähriger Schneider, der keinen Gelenkrheumatismus durchgemacht hat, leidet seit 3 Wochen an Tripper, seit 3 Tagen an Schmerzen in den Fingergelenken beider Hände. Es findet sich mäßiger Ausfluß aus der Harnröhre, darin intracellulär Gonokokken nachweisbar. Urin frei von Eiweiß, die Metakarpalphalangealgelenke der 3 und 4 Finger geschwollen und gerötet. Abendtemperaturen zwischen 38 und 40,4°. Am 3. Tage hört man über der Aorta ein schabendes systolisches Geräusch, ebenso über den anderen Herzostien, der diastolische Ton ist unrein, Puls hart. Am 8. Tage nach diesem Befunde geht Pat. unter den Zeichen von Herzschwäche, starker Cyanose und Atemnot zu Grunde, nachdem die Gelenkschmerzen vorher geschwunden waren.

Section: Herz groß, Musculatur schlaff und trübe, an der Aorta, an der rechten und linken Klappe eine haselnußgroße verrucöse Masse, an der einen aneurysmatisch erweiterten Klappe eine Rupturstelle — Endocarditis aortica

---

[1]) Ver. f. innere Med. z. Berlin, Sitz. v. 3. Juli 1893.

maligna verrucosa. Beide Pleurahöhlen, Herzbeutel mit reichlicher seröser Flüssigkeit und einzelnen fibrinösen Flocken gefüllt. Cystitis purulenta.

In einem von den endocarditischen Auflagerungen frisch gemachten Abstrich fanden sich vereinzelte Zellen, die mit nach Gram sich entfärbenden Diplokokken von der typischen Gonokokkenform angefüllt waren. In Schnittpräparaten waren Gonokokken in reichlichster Menge nachweisbar, die sich besonders reichlich in Eiterzellen, nur selten und verstreut im Gewebe fanden. Die Schnitte waren 1—2 Stunden in concentrirter, wässriger Methylenblaulösung gefärbt, in destillirtem Wasser genügend ausgewaschen und dann sofort in absoluten Alkohol (99,8 pCt.), aus diesem in Xylol übertragen, um dann schließlich in Canadabalsam eingebettet zu werden. Die mehr oder minder gute Tinction der Gonokokken im Gewebe zeigte sich abhängig von einem möglichst kurzen Aufenthalt des Schnittes im Alkohol, der den Farbstoff den Gonokokken eher als dem Zellkern und selbst dem Zellleib entzieht. Die Identificirung der Gonokokken beruht auf folgenden 5 Momenten:

1) auf der Form (Diplokokken von Semmelform);

2) der Lagerung in den Zellen;

3) der Entfärbung nach Gram;

4) dem Verhalten der Diplokokken der Einwirkung von Alkohol und Lavendelöl gegenüber (schnelle Entfärbung).

5) dem negativen Ausfall der (24 Stunden post mortem) nach Kiefer-Wertheim angelegten Cultur.

Diese 5 Momente genügen nach dem maßgebenden Ausspruche von Neisser, um den Gonococcus scharf von allen anderen Bacterien zu trennen.

Verf. giebt im Anschluß an diesen Fall eine Zusammenstellung der seit 1893 veröffentlichten Fälle von gonorrhoischen Metastasen:

1) Höck:[2]) 2 Fälle von Arthritis blennorrhoica nach Augenblennorrhoe; im zweiten Falle waren Gonokokken im erkrankten Gewebe mikroskopisch und culturell nachweisbar.

2) F. Neisser:[3]) 46jähriger Mann mit acutem Gelenkrheumatismus. In den Eiterkörperchen der Punctionsflüssigkeit des Sprunggelenkes und eines Fingergelenkes tincturell und culturell Gonokokken nachweisbar. Bemerkenswert ist, daß der Kranke eine gonorrhoische

---

[2]) Höck, Ein Beitrag zur Arthritis blennorrhoica. Wien. klin. Wochenschrift 1893, No. 41.

[3]) F. Neisser, Ueber die Züchtung der Gonokokken bei einem Falle von Arthritis gonorrhoica. D. med. Wochenschr. 1894, No 15.

Infection leugnet und auch im Harn keine Fäden oder Gonokokken mehr nachgewiesen werden konnten.

3) J. Sobotka:[4]) 5½ Wochen altes Kind mit Blennorrhoea neonatorum und verschiedenen Gelenkabscessen, in diesen Gonokokken mikroskopisch nachweisbar.

4) Tollemer und Macaigne:[5]) Eitrige Tendosynoitis des rechten Extensor indicis, mikroskopisch Gonokokken nachweisbar.

5) Horwitz:[6]) Metastatischer Absceß des Dorsum metacarpi, Gonokokken mikroskopisch und culturell nachweisbar.

6) Bordoni Uffreduzzi:[7]) Polyarthritis nach Gonorrhoe, Züchtung der Gonokokken nach Wertheim, Erzeugung von Gonorrhoe mit der zweiten Generation bei einem gesunden Menschen.

7) Councilmann:[8]) Gonorrhoische Myocarditis; Gonokokken in reicher Menge in den Zellen des Myocards.

8) Finger, Ghon und Schlagenhaufer:[9]) Ulceröse Endocarditis der Aortenklappen im Anschluß an eine chronische Gonorrhoe und Arthritis gonorrhoica.

9) Dauber und Borst:[10]) 20jähriger, junger Mann, maligne ulceröse Endocarditis der Aortenklappen drei Monate nach einer acuten Gonorrhoe. L—n.

Ein Fall von acuter Gonorrhoe mit Fieber und Herzsymptomen. (The Lancet, 14. März 1896.)

Ein Matrose klagte über Kältegefühl und zeigte am Morgen eine Temperatur von 38,4° F., welche am Abend bis auf 39,8° anstieg. Die Untersuchung ergab außer einem deutlichen systolischen Geräusch über der Herzspitze und über der Pulmonalis sonst nirgends eine Abnormität. Dieser Zustand hielt fünf Tage an, worauf die Herzgeräusche verschwanden. Drei

---

[4]) J. Sobotka, Ueber einen Fall von Arthritis blennorrhoica. Prager Med. Wochenschr. 1893, No 48.

[5]) Tollemer und Macaigne, Remarques sur un cas de synovite tendineuse suppurées due au gonocoque 1893.

[6]) Horwitz, Metastatischer Absceß. Wien klin. Wochenschr. 1893, No 4.

[7]) Bordoni Uffreduzzi, Ueber die Localisation des Gonococcus im Innern des Organismus. D. med. Wochenschr. 1894, No 22.

[8]) W. T. Councilmann, Gonorrhoël Myocarditis. The americ. Journ of the med. sciences, No. 257.

[9]) Finger, A. Ghon, F. Schlagenhaufer. Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Processes. Arch. f. Dermatol. 1895, Bd. 33, H. 1 u. 2.

[10]) Dauber und Borst, Maligne Endocarditis im Anschluß an Gonorrhoe. D. Arch. f. klin. Med. 1895, Bd. 56, H. 3 u. 4.

Tage später fiel auch die Temperatur zur Norm herab und es erschien ein gonorrhoischer Ausfluß. Der anonyme Verfasser bittet um Mitteilung ähnlicher Fälle und fragt an, ob es möglich ist, daß ein im Körper latent vorhandenes gonorrhoisches Gift derartige Symptome hervorzurufen vermag. Pat. ist bisher stets gesund gewesen und hat namentlich nie an einer rheumatischen oder venerischen Erkrankung gelitten. Lw.

G. Singer: **Ueber Gonokokkenpyämie.** (Wien. med. Club, Sitz. vom 26. Febr. 1896. — Therap. Wochenschr. 1896, No. 9.)

S. hatte Gelegenheit, 5 Fälle von gonorrhoischer Metastasenbildung zu beobachten, worunter ein Fall, eine 42jährige Patientin betreffend, besonderes Interesse bietet. Diese Patientin litt an starken Metrorrhagien, es wurden ihr im Verlaufe von 4 Jahren zwei Mal Myome per vaginam exstirpirt; das letzte Mal im August 1895. Nach dieser Operation litt Pat. an Fieber, Diarrhoe, schmerzhafter Schwellung des Unterleibes, so daß Peritonitis diagnosticirt wurde und Pat. das Spital aufsuchte. Später stellte sich ein heftiger Schüttelfrost ein, der sich nach zwei Tagen wiederholte, nach einem dritten Schüttelfroste stellte sich zunächst Schwellung der Hautdecken über dem Kniegelenk, dann Gelenkserguß daselbst ein. Die bacteriologische Untersuchung des Harnes und des Blutes ergab negatives Resultat. Der durch Punction entleerte Gelenksinhalt wurde auf Glycerinagar geimpft, woselbst sich kleine Colonien entwickelten, die sich nach Impfung auf Blutserumagar als typische Gonokokken in Reincultur herausstellten. Auch eine zweite Untersuchung des Gelenkinhaltes ergab das gleiche Resultat. Die Gelenksschwellung am Knie ging allmählich zurück, doch blieb Schmerzhaftigkeit und es entwickelte sich schließlich Ankylose daselbst. Ende October 1895 traten peritoneale Reizerscheinungen auf, die auf hohe Irrigationen zurückgingen. Ende November zeigte sich ein rasch zunehmender, mit Fieber einhergehender Decubitus, es stellten sich schließlich Schüttelfröste ein, die Patientin ging rasch unter pyämischen Erscheinungen zu Grunde. Die bacteriologische Untersuchung des Blutes ergab das Vorhandensein des Staphylococcus albus. (Postmortal wurden aus dem Blute Staphylokokken und Bact. coli gezüchtet.) Vom Peritoneum aus geimpfte Culturen blieben steril. Die klinische Diagnose lautete: Gonitis gonorrhoica post myomotomiam. Decubitus. Septicopyämie. — Die Section des Kniegelenkes ergab Kapselschrumpfung, Destruction des inneren Bandapparates, Usur der Knorpelflächen. Bemerkenswert ist in diesem Falle der Mangel jedes Anhaltspunktes für eine stattgehabte gonorrhoische Infection im Hinblick auf den Nachweis von Gonokokken im Kniegelenkseiter. Aus der Thatsache, daß

mit dem Einsetzen der Kniegelenksschwellung die Temperatur abfiel, läßt sich die Concurrenz anderer Eiterungen mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen. Es ist das Verhalten des Falles nur durch langdauernde, latente Infection mit Gonokokken zu erklären. Es waren wahrscheinlich in der Tiefe des Endometriums Gonokokken eingenistet, welchen bei der Operation durch Eröffnung von Blutwegen der Eintritt in den Kreislauf gleichsam gebahnt wurde und so der Anlaß zur Entstehung einer echten Gonokokken-Pyämie gegeben. Ein relativ langes Stadium der Latenz ist nicht im Stande, die Virulenz des Gonococcus abzuschwächen. In der Regel sind die Temperatursteigerungen bei gonorrhoischen Infectionen nicht abnorm hoch, bei hohem Fieber sieht man an dem raschen Versiegen der localen Erscheinungen, daß die hohe Temperatur die Entwicklung der Gonokokken schädigt. Die bacteriologische Prüfung des Gelenkinhaltes ergiebt in der Mehrzahl der Fälle, ebenso wie bei dem acuten Gelenkrheumatismus, negative Resultate. (Unter 5 von S. beobachteten Fällen 1 Mal positiv.)

In der Discussion betont Wertheim, daß das Interesse des Falles daran hängt, daß die Allgemein-Infection sich im Anschluß an die Operation entwickelt hat. Es ist hier das Trauma der Operation, die Quetschung der Gewebe etc., in Betracht zu ziehen, durch welche die von früher her vorhandenen Gonokokken in den Kreislauf gebracht wurden. W. bemerkt, daß der Gonococcus Temperaturen von 40° gut verträgt, es ist daher die Ansicht Finger's nicht begründet, daß intercurrentes Fieber gonorrhoische Processe dauernd zum Versiegen bringt.

Nobl bemerkt, daß bei Gonorrhoe nicht das Fieber, sondern die Epididymitis den Ausfluß vermindert. K.

Wolff: **Zur Casuistik der Gelenkmetastasen bei der Gonorrhoe.** (Münch. med. Woch. 1896, No. 8.)

Es handelt sich um ein 5 Monate altes Kind von normalen Ernährungsverhältnissen mit starker Anschwellung des rechten Kniegelenkes, in dem sich reichliches Exsudat nachweisen läßt. Bewegungen sehr schmerzhaft. Die Gegend des vierten Metatarsophalangealgelenkes ebenfalls geschwollen, leicht gerötet; die übrigen Gelenke frei. Vorhandensein von intensiver Vulvitis mit reichlicher purulenter Secretion; Gonococcenbefund im Secrete. Grund der Erkrankung zweifellos die zugestandene Gonorrhoe beider Eltern, die der Vater von einem Kurpfuscher, die Mutter gar nicht behandeln ließ. Nach drei Wochen Rückgang der Erscheinungen bis auf eine leichte Schmerzhaftigkeit im Kniegelenk.

Gegen die allgemeine Ansicht von der Complication der Gonorrhoe mit Gelenkmetastasen behauptet neuerdings Gläser, daß das Zusammenvorkommen von Gelenkerkrankungen rheumatischer Art und Gonorrhoe rein zufällig wäre. Bei Kindern unter einem Jahre ist aber Gelenkrheumatismus bisher nur in sehr wenigen Fällen bekannt geworden. Im vorliegenden Falle liegt es wohl auch näher, die Tripperinfection für die Gelenkerkrankung verantwortlich zu machen, als zu behaupten, daß hier zufällig Gelenkrheumatismus bei einem Tripper oder Tripper bei einem Gelenkrheumatismus aufgetreten sei. K.

Emery: **Gonorrhoischer Rheumatismus bei demselben Kranken zum 19. Male.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphil. nach La France méd. 1895, No. 51.)

E. stellt einen Gonorrhoiker vor, bei dem die Permanenz der gonorrhoischen Erkrankung sehr auffallend ist. So oft wie Pat. an Gonorrhoe erkrankt, tritt auch gonorrhoische Erkrankung in den Gelenken ein, die sich aber auch auf die Sehnenscheiden und Scheimbeutel erstrecken kann Hz.

Fournier: **Diagnose der Gonorrhoe durch die Deformation bei gonorrhoischem Rheumatismus.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphil. nach La France méd. 1895, No. 51.)

F. stellt einen Kranken vor, bei dem er auf Grund der Gelenkveränderungen die Diagnose der Gonorrhoe gestellt hat. Während bei der gewöhnlichen Arthritis deformans sämtliche Finger diese Deformation zeigen, sind bei der Arthritis gonorrhoica nur ein oder einige Finger afficirt. Hz.

Legueu u. Lévy: **Behandlung der Gonorrhoe mit Airol.** (Soc. de Dermatologie etc. nach Sem. méd. 1896, No. 9.)

Die Autoren nahmen das Airol in Gebrauch, da es als jodirtes Dermatol hinsichtlich seiner austrocknenden und antiseptischen Eigenschaften außer Frage stand. Sie gebrauchten eine $^1/_{10}$ proc. Emulsion mit Wasser und Glycerin: Airol 2 g, Glycerin 15, Wasser 5 g. Nach Auswaschen der vorderen Harnröhre mit Borwasser, injicirten sie 10 g, was täglich wiederholt wurde. Vier nach der Methode behandelte Gonorrhoiker wurden nach 3—5 Injectionen, die nur im Anfang etwas brannten, geheilt und blieben gesund. Hz.

Iliinsky (Moskau): **Ueber Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthyol und grauer Salbe.** (Wratsch. — Sem. méd. 1896, No. 12.)

Il. zieht seine Methode, mit der gewöhnlichen Tripperspritze Injectionen mit Ichthyol zu machen und die graue Salbe anzuwenden, den üblichen antiseptischen Auswaschungen und Instillationen vor, da diese die Harnröhre

reizen und nur schaden. Bei der acuten Gonorrhoe läßt I. Einspritzungen mit einer 2—3 proc. wässrigen Ichthyollösung machen und wendet gar keine Balsamica intern an. Sind die Lösungen zu schwach, so lässt er Injectionen mit 4—5 proc. Ichthyollösungen machen, so erreicht er meist Heilung in 8—10 Wochen, falls der Pat. den hygienischen Vorschriften folgt, d. h. keinen Coitus ausführt und alkoholische Getränke meidet. Diese Behandlung ist aber zwecklos, sobald die acute Gonorrhoe mit Prostatitis complicirt ist, in diesen Fällen ist die Urethritis post. und ant. rasch, oft in 14 Tagen durch Gebrauch der grauen Salbe in Form von Suppositorien geheilt worden, die man täglich ins Rectum einführte und die je 0,6 g Ungt. ciner. enthielten. Zu gleicher Zeit benutzte man die Salbe zur Einreibung bei schmerzhaften Leistendrüsen und setzte die Ichthyolinjectionen fort. Bei der chronischen Gonorrhoe ist die Behandlung von Il. folgende. Ist die Urethra, wie oft, durch antiseptische und adstringirende Waschungen irritirt, so werden erst Injectionen gemacht mit:

Lanolin. pur. 10, Aq. destill. cocta 300,0.

Diese Flüssigkeit übt eine antiphlogistische Wirkung aus und mindert Ausfluss und Schmerz bei der Miction bedeutend. Nach 5—6 Tagen geht man zu Injectionen mit 2 proc. Ichthyollösung über, ausserdem wird alle zwei Tage die Blase mit 2 proc. Borlösung ausgespült. Wenn diese Mittel nicht den Ausfluss rasch vermindern, so führt man in die Urethra, ohne mit den Injectionen aufzuhören, elastische Gummibougies ein, die mit folgender Salbenmasse bestrichen sind:

Ungt. Hydrarg. dupl. 15,0; Lanol. pur., Vaselin. āā 8,0.

Diese Applicationen werden alle zwei Tage wiederholt, das Salbenbougie bleibt jedesmal 30—40 Minuten darin. Diese Behandlung führt schnell ein Aufhören der Entzündung herbei, mitunter entsteht geringfügige Stomatitis, ein Zeichen der Absorption des Quecksilbers durch die Harnröhrenschleimhaut. Ist eine Prostatitis vorhanden, so werden Suppositorien von Unguent. ciner. eingeführt, innerlich Jodkali gegeben. In den Fällen, wo gonorrhoische Stricturen die Dilatation mit Metallbougies benötigen, hat I. es für nützlich gefunden, das Instrument mit der erwähnten Salbenmasse bestrichen einzuführen. War die Folge der Dilatationsversuche eine mehr oder minder heftige Blutung, so wurde für die Nacht ein Stift eingeführt nach folgendem Recept:

Ichthyol. 0,5
Butyr. Cacao
Ol. olivar. āā q. s.
Lanolin. pur.

verteilt auf 8 Stifte von 8 cm Länge, die als Durchmesser No. 3 der Fil. Charr. entsprechen.

Hz.

Costantini: **Zur Behandlung der Gonorrhoe.** (La Sem. médec. 1896, No. 10.)

Die jetzt üblichen Behandlungsmethoden der Gonorrhoe mit reichlichen

Waschungen der Urethra und Blase mit antiseptischen Mitteln, wie Ka. permangan. etc., sind bei vielen Patienten undurchführbar, so daß man sich auf die Einspritzungen mit der Tripperspritze beschränken muß. In solchen Fällen, besonders bei Urethritis gonorrh. ant., hat Costantini gute Erfolge gesehen bei Injectionen von Dermatol zu 2—4 pCt. in sterilisirtem Wasser suspendirt. Vor der Injection urinirt Pat., dann wird die Flüssigkeit langsam eingepritzt und die Harnröhrenöffnung einige Secunden zugehalten, damit das Dermatol sich auf der Schleimhaut ablagern kann. Hz.

Wossidlo: **Beobachtungen über die Behandlung der Gonorrhoe mittelst der Janet'schen Methode.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, Band VII, Heft 2.)

Verf. unterzieht zunächst einer ausführlichen Besprechung sowohl die Grundsätze, wie auch die Technik der Janet'schen Methode der Gonorrhoebehandlung, giebt dann eine kurze Litteraturübersicht der mit der genannten Methode von verschiedenen Autoren gemachten Erfahrungen und berichtet schließlich über die Fälle aus seiner eigenen Praxis, bei denen er die Janet'sche Methode zur Anwendung brachte. Wir (Referent) setzen bei dem Leser genügende Kenntniß der zuerst 1892 veröffentlichten Janet'schen Methode voraus und nehmen von einer ausführlichen Wiedergabe derselben Abstand; nur die Grundsätze von Janet sollen hier kurz erwähnt werden.

Janet teilt bekanntlich die Gonorrhoe nach ätiologischen Grundsätzen in folgende 3 Perioden ein: 1) Periode der Gonococceninvasion, 2) aseptische Periode, welche den anatomischen Läsionen entspricht, die nach Verschwinden der Urethralinfection zurückbleiben und 3) Periode der Secundärinfection. Das Princip der Janet'schen Methode besteht nun darin, daß man zunächst die Gonococcen, so lange solche im Urethralsecret gefunden werden, zu vernichten sucht und dann gegen etwaige durch die Gonococcen verursachten anatomischen Läsionen vorgeht; besteht dagegen eine Infection mit anderen Bacterien, so muß diese Secundär- oder Mischinfection als solche behandelt werden. Zur Vernichtung der Gonococcen empfiehlt Janet Ausspülungen der Harnröhre mit warmen Lösungen von Kali hypermanganicum von $^1/_{4000}$ bis $^1/_{1000}$: er erklärt deren Wirkung in der Weise, daß ein Oedem der Urethralschleimhaut mit reichlicher seröser Secretion erzeugt wird, durch welche erstens die in der Urethra befindlichen Gonococcen fortgeschwemmt werden, und zweitens, was wohl die Hauptsache ist, ein für ihre Fortentwickelung ungünstiger Nährboden geschaffen wird.

Der Janet'schen Methode, die also ausschließlich auf den bacteriologischen Befund basirt und eine genaue bacteriologische Untersuchung

des Urethralsecrets als Hauptbedingung voraussetzt, ist vom theoretischen Standpunkte aus eine gewisse Folgerichtigkeit durchaus nicht abzusprechen. Leider stellt ihre practische Durchführung namentlich in der Weise, wie sie von Janet 1892 für die abortive Behandlung der acuten Gonorrhoe empfohlen wurde, derartige Forderungen an den Patienten und nicht minder an den Arzt, daß es dem Verf. ebenso wie den vielen anderen Autoren, welche sich die Prüfung der Methode zur Aufgabe machten, dieselbe weder poliklinisch noch in seiner Privatpraxis durchzuführen möglich war. Verf. acceptirte infolgedessen, dem Beispiele anderer Autoren folgend, für die Behandlung seiner 22 Fälle von acuter Gonorrhoe den viel einfacheren Modus, den Janet für die späteren Stadien derselben angegeben hat.

Wie nun aus den mitgeteilten einzelnen Krankengeschichten zu ersehen ist, erzielte Verf. mit der Janet'schen Methode insgesamt 10 Heilungen, von denen 4 als vollständige bezeichnet werden müssen. Die Behandlungsdauer betrug in diesen Fällen 13 bis 44 Tage. Besserung trat in 6 Fällen ein; ungeheilt blieben 6 Fälle, von denen 3 trotz langanhaltender Behandlung gänzlich unbeeinflußt blieben. Von Complicationen beobachtete Verf. je 1 Fall von Cystit. acuta, Lymphgefäßentzündung, Follicularabsceß, Lymphdrüsenschwellung und Epididymitis; er will jedoch dieselben nicht ausschließlich auf die Methode, sondern teilweise auch auf seine mangelhafte Uebung zurückführen.

Später ist der Schöpfer der Methode selbst von seiner ursprünglichen Rigorosität abgewichen. Im Jahre 1894 veröffentlichte er eine modificirte Abortivbehandlung der acuten Gonorrhoe, die viel leichter durchzuführen ist und in ihrer Wirkung, wie sich Verf. überzeugen konnte, der früheren Methode kaum nachsteht. Von 4 Fällen, die Verf. nach der neuen Modification behandelte, genasen 2 vollkommen und in verhältnißmäßig kurzer Zeit.

Was die Behandlung der chronischen Gonorrhoe betrifft, so stellt Janet die nämlichen Principien auf, wie für die der acuten: vor Allem Beseitigung der Gonococcen durch Spülungen mit Kali permang. 1 : 4000 bis 1 : 1000; dann Heilung oder möglichste Beschränkung der secundären Infection durch Zusatz zu der Kali hypermanganicum-Lösung von 50 ccm einer Sublimatlösung 1 : 1000 auf den Liter oder, falls keine Gonococcen mehr vorhanden sind, durch Spülungen mit Sublimat 1:20000 bis 1:10000; schließlich Behandlung der urethralen Läsionen: der oberflächlichen mit Spülungen oder Instillationen, der tieferen und älteren mit Dehnungen und Spülungen, der localisirten endoscopisch.

Verf. prüfte nun auch diese Methode in 8 Fällen chronischer

Gonorrhoe mit gonococcenhaltigem Secrete und erhielt ein negatives Resultat auch hinsichtlich des Punktes, in dem Janet in sämtlichen Fällen einen zweifellosen Erfolg erzielt haben will, d. h. der Vernichtung der Gonococcen. Zwar nahm die eitrige Secretion, so lange die Ausspülungen gemacht wurden, ab und die Gonococcen schwanden, nach Aussetzung der Spülungen traten beide jedoch in allen Fällen wieder ein.

Auf Grund der Ergebnisse seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die von Janet zuerst empfohlene Abortivbehandlung der acuten Gonorrhoe ist für die Privatpraxis undurchführbar.

2) Die modificirte Abortivbehandlung hat entschieden den Vorzug der leichten Durchführbarkeit.

Die Behandlung der acuten und subacuten Gonorrhoe giebt in einem nicht unbedeutenden Procentsatze ein günstiges Resultat, sofern die eiterige Secretion aufhört und die Gonococcen verschwinden. Die Dauer der Behandlung läßt sich aber nicht vorher bestimmen.

3) Bei der chronischen Gonorrhoe erfüllt die Janet'sche Methode das nicht, was der Autor derselben erwartet; sie steht in ihrer Zuverlässigkeit sowohl als auch schon in ihrer ganzen wissenschaftlichen Begründung entschieden hinter der Oberländer'schen Behandlungsmethode zurück.

Casper.

Berthold Goldberg: **Die Technik der Harnröhrenspülungen zur Behandlung des Trippers.** (D. Medicinal-Zeitung 1896, No. 26.)

G. hält nach seinen, an mehr als 100 Fällen gewonnenen Erfahrungen die Harnröhrenspülungen mit Lösungen des Kali permanganicum nach dem Vorschlage von Janet[1]) für das sicherste und schnellste der uns heute zu Gebote stehenden Verfahren zur Beseitigung der Gonokokkeninfection. Er unterzieht die Technik des Verfahrens einer eingehenden Besprechung, deren Einzelheiten eine ausführliche Wiedergabe notwendig machen.

„Die Stärke der Lösung wechsele von $^1/_3$ bis zu 1 pro Mille, je nach der an der Schmerzhaftigkeit des Harnens meßbaren Wirkung der voraufgegangener Spülung. Bei ausgesprochener acuter schmerzhafter

[1]) Annales des maladies génito-urinaires 1892, IV, VI; Annal. d. Dermat. 1893, X.

Entzündung kann man Lösungen in dieser Stärke, welche allein im Stande sind, die gonorrhoische Infection zu coupiren, d. h. in 1—2 Wochen dauernd zu beseitigen, nicht anwenden, sondern nur Lösungen von $^1/_4$—$^1/_6$ pro Mille; in diesen Stadien sind die Spülungen dann nur eine palliative active Therapie, welche gegenüber der internen und diätetischen Behandlung wesentliche Vorzüge dann wohl nicht hat, aber Nachteile, falls sie nicht ganz minutiös nach den folgenden Vorschriften gehandhabt wird.

Die Spülungen sind in den ersten 2, 3 Tagen 12-, später 24 stündlich vorzunehmen, unter keinen Umständen seltener. Geht das nicht, so fange man erst gar nicht an.

Um die Spülungen nach Janet's Vorschrift zu machen, sind erforderlich: Ein mindestens 1 l fassender Irrigator, 2 Stücke Gummischlauch von ca. $^1/_2$ und $1^1/_2$ m Länge, ein dieselben verbindender Hahn und eine Glascanüle mit olivenförmigem Ansatz und einer Ausflußöffnung von höchstens 2 mm Durchmesser, endlich eine Vorrichtung, um den Irrigator in verschiedener Höhe befestigen zu können. Will man ihn nicht an Nägeln in verschiedener Höhe aufhängen, so ist es wohl am einfachsten, eine Rolle in 2 m Höhe über dem Lager in der Wand zu befestigen; über die Rolle läuft eine Schnur, das eine Ende derselben trägt einen Haken, in welchen der Irrigator eingehängt wird; an dem andern Ende zieht man an, bis der Irrigator in der gewünschten Höhe hängt und wickelt es dann fest um eine Klammer. Dieses ganze, höchst einfache Instrumentarium kostet etwa 3 Mk.; alle complicirten Vorrichtungen sind unnötig, zum Teil sogar schädlich, weil sie die Asepsis erschweren. Man kann sogar den Irrigator entbehren, wenn man durch ein einem umgekehrten U (∩) entsprechendes Metallrohrstück das obere Ende des Schlauches auf etwa 20 cm durchführt, so daß es eine feste Richtung nach unten hat. Dieses Stück taucht in das — ganz beliebige — Gefäß, welches die Lösung enthält, auf dem Rande desselben ruht die Concavität des ∩-Stückes. Das Gefäß selbst muß man dann in verschiedener Höhe aufstellen."

Den „Appareil elévateur pour les lavages au syphon" von Janet, die doppelläufige, auf das Orificium aufzusetzende Glascanüle von Majocchi[2]), die neue Bügelhahncanüle und den heizbaren Irrigator mit selbstthätiger Temperaturregulirung von Strauss[3]) hält Verf. für entbehrlich, zum Teil für zweckwidrig.

Die Spülung ist entweder nur eine solche der vorderen Harnröhre

---

[2]) Il Policlinico, 1894, 15, V.
[3]) Allg. med. Centralz., 1895, No. 59.

oder eine Spülung der gesamten Harnröhre; diese letztere aber zerfällt immer in 2 Abschnitte, erstens die Spülung der vorderen Harnröhre, zweitens Einlaufen der Flüssigkeit in die Blase. Läßt man, wie einige Nachahmer des Janet'schen Verfahrens es gemacht zu haben scheinen, die Flüssigkeit sogleich in die Blase einlaufen, so geht in dem Falle sofortiger Erschlaffung des Schließmuskels ein gut Teil der Wirkung verloren; es dringt nämlich die Flüssigkeit nicht so energisch in die Buchten und Falten, Lakunen und Drüsenöffnungen der Urethra anterior, da sie ja in der Blase am wenigsten Widerstand findet; auch ist selbst nach der Miction bei profuser Secretion die Anterior nicht so rein, daß eine Reinigung sich erübrigte.

Also wenn man eine Totalirrigation vornehmen will, so hängt man zuerst den Irrigator 50 cm oberhalb des Lagers des Patienten auf; man läßt den ersten Strahl der Flüssigkeit auf die zurückgestreifte Vorhaut, auf die Eichel und die Lippen der klaffend gemachten Harnröhrenöffnung sich ergießen. Den Hahn hat man geöffnet; damit nun nicht die Lösung beständig läuft, drückt man den Gummischlauch, den man unmittelbar vor der Glascanüle mit der linken Hand faßt, so lange fest zu, bis man die Ausflußöffnung der Glascanüle luftdicht an die Lippen der mit der Rechten gefaßten Harnröhrenöffnung angepreßt hat. Nun lockern die Finger der linken Hand den Gummischlauch einen Augenblick; die Flüssigkeit dringt in die Harnröhre ein, entfaltet die Anterior vollständig und muß, da der Verschluß des Sphincter ihr einen andern Weg versperrt, auch in alle Oeffnungen eindringen, die in der Harnröhre vorhanden sind. Fühlt man nun mit der rechten Hand die Harnröhre prall gespannt, so drückt man mit der linken den Gummischlauch wieder zu und zieht die Glascanüle ein ganz klein wenig vom Orificium ab; nicht etwa zieht man sie ganz zurück, sondern man lüftet nur den Verschluß, das genügt zum Ablaufen der in der Harnröhre sich stauenden Flüssigkeit. Sogleich verschließt man nun wieder mit der Glascanüle das Orificium und wiederholt das beschriebene Verfahren so etwa 30, 40 Mal, bis $^1/_2$ l verbraucht ist. Wenn die Harnröhre entzündlich geschwollen oder narbig verhärtet ist, so weitet sie sich nicht leicht vor dem andringenden Ausflußstrahl; alsdann ist große Vorsicht am Platze."

Bei recht großer Druckhöhe, bei weiter Ausflußöffnung, bei krampfhaftem Verschluß des Schließmuskels kann sehr wohl der Fall eintreten, daß ein Einriß in der Submucosa der dilatirten oder aufgelockerten Schleimhaut der Harnröhre entsteht, eine Urethrorrhagie. Daher ist die von Fürst[4]) angegebene Druckhöhe von 0,8—1 m für die Aus-

[4]) D. med. Woch., 6. September 1894.

spülung der Anterior zu verwerfen, ebenso das zeitweise Zusammendrücken des Gummischlauches, vor welchem auch Audry[5]) warnt.

„Bei zarten, entzündeten oder strictrirten Harnröhren benutze man die linke Hand, welche den Gummischlauch vor der Glascanüle faßt, nicht um die Kraft des Strahles zu verstärken, sondern im Gegenteil, man lüfte die Lichtung allmählich, langsam, und mäßige die Ausflußmenge und damit die Krafteinwirkung auf die Harnröhrenschleimhaut. Einige Male kam es vor, daß die arg entzündete und geschwollene Harnröhrenschleimhaut halbe Stunden lang nur Minima der Flüssigkeit eindringen ließ; hatte nun der Patient den inzwischen angesammelten Urin jetzt entleert, so floß die Lösung leicht ein (NB. in die Anterior). Man muß vermuten, daß hier die sammetartige aufgelockerte Harnröhrenschleimhaut, klappenartig aufeinandergepreßt, einen durch Druck von außen nach innen schließenden, durch Druck von außen nach innen sich öffnenden Ventilverschluß bildete."

Eine Compression der Urethra an verschiedenen Stellen, wie sie Janet[6]) ursprünglich angeraten hatte, oder die Anwendung eines Urethralcompressoriums, wie es Schalenkamp angegeben hat, um eine partielle Spülung der Anterior zu erzielen, hält Verf. für verwerflich.

„Man achte sehr sorgfältig auf eine etwaige Urethritis posterior und stelle die Zweigläserprobe vor jeder einzelnen Spülung an; schon der begründete Verdacht, daß die Infection den Sphincter überschritten habe, genügt, um an die Spülung der Anterior eine solche der Posterior anzuschließen.

Zu diesem Zwecke steigert man die Druckhöhe so weit, daß der Sphincter externus entspannt wird; es geschieht dies gewöhnlich bei $1\frac{1}{2}$ m Höhe des Flüssigkeitsspiegels über der Ausflußöffnung. Es kommt vor, schon aus 0,5—0,7 m Druckhöhe, wie sie zur alleinigen Spülung der Anterior genommen wurde, daß die Flüssigkeit sofort in die Blase fließt; ein Mal war die Schwäche des Harnröhrenschließmuskels eine constitutionelle, in einem Falle eine durch Strictur mit consecutiver Enuresis erworbene, in einem Falle eine vorübergehende, durch die Intensität der Infection bedingte. Dieses Verhalten erschwert eine gründliche Spülung der Anterior in hohem Maße; die Resultate sind in den betreffenden Fällen auch nicht sonderlich günstige gewesen. — Weit häufiger aber ist das Gegenteil, daß der Schließmuskel auch hohem Druck nicht nachgiebt. Alsdann wird leicht die Spülung der Anterior zu gründlich, die Wirkung zu stark. Ja, läßt man es dabei bewenden und verzichtet

---

[5]) Monatsh. f. pract. Dermat., 1894, Bd. 18.
[6]) Therapeut. Monatschr., 1894, XII.

nach längerem vergeblichen Andrängen der Flüssigkeitssäule auf ihren Durchtritt, so erlebt man einen eclatanten Mißerfolg: Die Anterior ist auf das Aeußerste gereizt, in der Posterior ist die Quelle neuer Infection für die Anterior auf's Beste conservirt: Ein kräftiges Aufblühen der Gonokokken ist die Folge dieser „halben Arbeit". Ohne damit die Fälle zu erschöpfen, kann man sagen, daß die Erschlaffung oft ausbleibt: 1) bei der ersten oder zweiten Spülung, 2) bei sehr empfindlichen nervösen Personen, 3) bei solchen, die mit besonders kräftiger Muskelentwickelung die Gewohnheit verbinden, ihre Blase sehr selten zu entleeren. Es ist daher richtiger, die Druckhöhe von vornherein in allen Fällen lieber etwas höher, 1,5—1,7 m zu nehmen, als zu niedrig; eine vorgängige zu plötzliche und zu starke Ausweitung der Anterior muß man dabei durch angemessenes Zusammendrücken des Gummischlauches verhüten. Bei den angegebenen 3 Kategorien von Patienten spritze man von vornherein 5 ccm $^1/_2$ proc. Cocainlösung mittelst der Tripperspritze in die vordere Harnröhre und lasse sie 2 Minuten in derselben; es ist ratsam, die Cocainisirung erst nach vollendeter vorderer Spülung vorzunehmen. Ihr prompter Erfolg tritt dann ganz besonders hervor, wenn der Pat. starke Schmerzen in der vorderen Harnröhre hatte. Der Schließmuskelschluß war dann ein reflectorischer Krampf, ausgehend von den Endigungen der sensiblen Nerven in der vorderen Harnröhre. Ein leichterer Widerstand des Sphincter wird dadurch überwunden, daß der Pat. die Oberschenkel möglichst weit spreizt, daß er langsam und tief mit offenem Munde atmet, daß er zu uriniren versucht, endlich noch dadurch, daß seine Aufmerksamkeit abgelenkt wird, indem man ihn beispielsweise nach der Uhr sehen läßt. Ist nun der Schließmuskel erschlafft, so strömt die Lösung durch die hintere Harnröhre in die Blase ein. Man läßt $^1/_4$—$^1/_2$ l einlaufen; falls der Pat. vorher Harndrang verspürt, weniger. Alsdann muß er uriniren; sollte sich ergeben, daß nur 50—100 g in die Blase gelangt sind, oder daß in Folge einer vorübergehenden Polyurie — einer bei örtlichen Eingriffen an den Harnwegen öfters beobachteten Erscheinung — die Lösung durch Harn zu sehr verdünnt wurde, so wiederholt man die Procedur noch ein Mal. Diese Wiederholung der Blasenspülung hat Janet Anfangs mehr betont; Balzer ließ nach Delaroche's Angaben gar 3—4 Mal die Lösung in die Blase laufen, und zuletzt auch noch einen Teil derselben in der Blase zurück."

„Ob der Pat. steht, sitzt oder liegt, ist nicht ganz gleichgiltig, es ist zu widerraten, wie bei irgend einer intraurethralen oder intravesicalen Manipulation den Pat. stehen zu lassen; Balzer ließ seine Pat. sitzen, Janet lagerte sie. Am besten werden die Pat. horizontal

mit etwas erhöhtem Rumpfe auf den Rücken gelagert; zwischen die Oberschenkel wird ein denselben und den Damm möglichst dicht anliegendes längliches Gefäß gestellt. Nur in ganz chronischen Stadien kann der Pat., nachdem der Arzt die ersten 3—4 Spülungen ausgeführt und eingehendste Anweisung gegeben hat, die Spülungen selbst vornehmen. Ein Handtuch um den Penis zu wickeln, wie Strauss vorschlägt, ist sehr unpractisch und teuer; denn die Leinenwäsche wird durch das $K\,Mn\,O_4$ sehr bald verdorben, und man muß doch jedesmal ein frisches steriles Tuch nehmen; wie denn überhaupt die ganze Spülung so vorzunehmen ist, als ob man eine blutige Operation ausführt, also mit desinficirten Händen und Gegenständen, mit frischbereiteten Lösungen des abgemessenen Pulvers in abgekochtem, heißem Wasser. In der Zeit zwischen den Spülungen soll Pat. sich oft Eichel und Vorhaut mit einer $^1/_2\,^0/_{00}$ Permanganat- oder Sublimatlösung abwaschen und beständig einen mit dieser Lösung getränkten Wattebausch vor dem Orificium tragen. Die lästigen Flecken, welche das Mittel lange zurückläßt, beseitigt man sogleich mit reiner Salzsäure. Die Behandlung wurde fast immer an ambulanten Patienten ausgeführt; wer so glücklich ist, die Kranken stationär halten zu können, muß noch bessere Erfolge haben.“ Kramm.

Mac Munn: **Eine neue Urethralspritze.** (The Lancet, 18. Januar 1896.)

Die Hartnäckigkeit der gonorrhoischen Urethralerkrankung und ihre Neigung zu Recidiven hat den Verf. zu der Ueberzeugung geführt, dass dieses nicht die Folge eines unwirksamen Medicaments, sondern der fehlerhaften Anwendung desselben ist. Der Erfolg eines Medicaments beruht weniger auf seiner Concentration, als auf der Dauer seiner Einwirkung. Um eine solche in ausgiebiger Weise zu erzielen, sind aber die gewöhnlichen Spritzen ungeeignet, die selten ein Kranker richtig zu gebrauchen versteht. Verf. hat nun ein Modell construirt, das von diesen Uebelständen frei ist. Es besteht aus einem Glasballon, der in eine oblonge, conische Spitze ausläuft und an dessen hinterem Ende ein Gummiballon angebracht ist. Die Injectionsflüssigkeit wird in den Glasballon eingebracht, die conische Spitze in die Urethra eingeführt und die Flüssigkeit durch Druck auf den Gummiballon injicirt. Dadurch, daß die Spitze nach dem Glasballon zu umfangreicher wird, schmiegt sie sich am Introitus der Urethra vollständig fest an und füllt ihn aus, so daß von der Injectionsflüssigkeit nichts vorbeilaufen kann, wie das bei den gewöhnlichen Spritzen meist geschieht, und es auch nicht erforderlich ist, wie bei den gewöhnlichen Spritzen, zur Ver-

hinderung dieses Vorbeilaufens die Urethralöffnung um die Spitze fest zuzudrücken. Infolge der ballonartigen Ausbuchtung der Spritze wird ferner verhindert, daß die Injectionsflüssigkeit, wie bei der gewöhnlichen Spritze, mit großem Druck injicirt und dadurch die Urethra plötzlich ausgedehnt und gereizt wird. Lw.

Trekaki: **Remarques sur le traitement de la blennorrhagie chronique.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Die Hauptindication in der Behandlung der acuten Gonorrhoe, die Vernichtung der Mikroben des Trippers, tritt im chronischen Stadium der Affection zurück gegenüber der hier hauptsächlich zu lösenden Aufgabe, die anatomischen Läsionen des Leidens wirksam zu beeinflussen. Klinisch äußert sich der Heileffect einer Höllensteininstillation, die zumeist in chronischen Fällen in Anwendung kommt, in dem Auftreten der entzündlichen, mit eitrigem Ausfluß einhergehenden Reaction. Zu dem Zwecke injicirt T. eine 1proc. $AgNO_3$-Lösung und in der zweiten Sitzung je nach der geringeren oder stärkeren Entwicklung der sich anschließenden Reaction eine stärkere oder schwächere Höllensteinlösung. Ueber 4—5proc. Lösungen geht T. gewöhnlich nicht hinaus. — Bei diesem Verfahren soll nach 15 Instillationen in der Regel die Secretion verschwinden. — Die Heilung des Catarrhs ist dann erfolgt, wenn trotz der Instillation keine Eiterung erfolgt und auch in den Urethralfäden keine Eiterkörperchen vorhanden sind. Nunmehr wird erst nach 8 Tagen eine weitere Instillation gemacht. Bleibt auch diese ohne Reaction, so wird die Behandlung ausgesetzt. Im andern Falle wird die Concentration der Lösungen noch weiter gesteigert. — In dieser Weise wird sowohl die Urethritis anterior wie die U. posterior behandelt. — Die Methode versagt in allen Fällen, in welchen sogenannte „Brides" oder Infiltrate der Schleimhaut nachweisbar sind.

L.

Verhoogen: **Le traitement de l'urethrite chronique par les dilatateurs d'Oberländer.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Die Wirksamkeit der einfachen Injectionen und Instillationen bei chronischer Gonorrhoe scheitert an den Infiltraten (weiten Stricturen). Zur Beseitigung dieser letzteren genügen nicht die cylindrischen Sonden, da die Harnröhre kein cylindrisches, sondern aus mehreren Spindeln zusammengesetztes Lumen besitzt. Dasselbe genügend zu dehnen, bezwecken die verschiedenen von Otis, Planner und Oberländer construirten Dilatatoren. Nach genauer Beschreibung dieser Instrumente werden die bekannten Vorzüge eingehend erörtert, gewarnt wird davor, sie bei acuten Entzündungszuständen, sowie bei Prostatahypertrophie anzuwenden. — Es folgt eine genaue Beschreibung der bei der Dehnungsmethode anzuwendenden Technik, welche nichts Neues bringt. L.

Friedrich Müller: **Ein Fall von Exitus letalis 18 Stunden nach Sondirung der Urethra.** (Centralbl. für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, Band VII, Heft 3.)

Der 38jährige, kräftig gebaute Patient mit Gonorrhoe und Strictur der Harnröhre in der Anamnese suchte wegen zeitweiliger Harnbeschwerden die Poliklinik von Dr. Kollmann-Leipzig auf, wo Blasencatarrh und mässige Strictur diagnosticirt wurden. Es erfolgt zwecks Feststellung des Grades der Strictur Sondirung zunächst mit conischer Metallsonde No. 21 und dann mit Sonde No. 23, von denen jedoch weder die eine noch die andere das in der p. membranacea vorgefundene Hindernis passiren konnte. Die Sondirung mit den wie gewöhnlich mit Lysollösung gereinigten und in Carbolöl getauchten Sonden war rite ausgeführt worden und hatte weder Schmerzen, noch besondere Blutung verursacht. Am Abend desselben Tages stellten sich bei dem Pat. plötzlich Erbrechen, Durchfall, Schüttelfrost ein; dann grosse Unruhe, Abgeschlagenheit, Schmerzen in den Seiten und im Kreuz, Durstgefühl. Kurze Zeit zuvor soll noch der Pat. nach Angabe seiner Frau bei bestem Wohlsein Urin gelassen haben. Am folgenden Morgen Schmerzen auch auf der Brust. Der gegen 10 Uhr Vormittags herbeigerufene Arzt constatirte Herzschwäche bei Fettherz. Trotz Kampherinjectionen verstarb der Patient um 1 Uhr Mittags, also 18 Stunden nach der Sondirung.

Bei der 22 Stunden post mortem vorgenommenen Section ergab der makroskopische Befund keine sichere Todesursache; an der Stricturstelle fand sich eine ganz geringe oberflächliche frische Erosion; jede gröbere Verletzung der Harnröhre fehlte vollständig, ebenso jede Spur einer Urininfiltration. Am ehesten sprach der Leichenbefund dafür, dass eine acute Nephritis vorlag, und Verf. ist zu der Annahme einer solchen um so mehr geneigt, als die meisten Autoren, welche derartige unter dem Namen „Katheterfieber“ bekannte Vorkommnisse veröffentlicht haben, die acute Nephritis als die Ursache des Katheterfiebers überhaupt ansehen. Leider ist die mikroskopische Untersuchung der Nieren aus vom Verf. nicht näher bezeichneten Gründen unterblieben, und so konnte die erwähnte Vermutung keine Bestätigung erfahren.

M. bespricht die Publicationen von Dittel, Englisch, Güterbock, welche sämtlich zu der obigen Ansicht hinneigen, und berührt auch die Hypothese von Lavaux, derzufolge das Katheterfieber durch eine Infection mit Mikroorganismen hervorgerufen wird. Im Falle des Verf. ergab die Section in der Prostata reichlichen grünlichen Eiter, und es wäre also möglich, daß von diesem vermutlich auch Bacterien enthaltenden Eiter etwas in die kleine Verletzung der Strictur eingeimpft

Die Polypen sitzen nach K. in der Pars membranosa, während die meisten Autoren den Sitz in die Urethra anterior verlegen. Sie veranlassen nur wenig Symptome, bei der Exploration mit dem Urethrometer oder dem Bougie à boule erhält man den Eindruck einer Verengerung, während der Metallkatheter ohne Widerstand durchgeht. Die Endoskopie zeigt einen weißlichen, cylindrischen Körper, der die ganze Tubenlichtung ausfüllt. Die Behandlung besteht in Curettage mit Chromsäureätzung.

Von cavernösen Angiomen ist nur ein Fall bekannt, den K. bei einem alten Gonorrhoiker fand. Ferner beobachtete K. einen echten Fall von Diphtherie der Harnröhre, d. h. er fand eine sehr adhärente Membran, die nur mühsam sich in Fetzen ablösen ließ, eine Adenitis zur Folge hatte und die Harnröhre verengte. Bei zwei Kranken sah K. im Endoskop Secretion von Eiter aus dem Ductus ejaculatorii. Hz.

Thiem und Borchardt (Cottbus): **Versuch, die Folgezustände eines chronischen Trippers als Unfallfolgen darzustellen.** (Monatsschr. f. Unfallheilk., 1896, No. 2.)

Ein 20jähriger Arbeiter will beim schnellen Bücken während der Arbeit plötzlich heftige Schmerzen in der linken Leistenbeuge und überhaupt in der ganzen Unterbauchgegend verspürt haben. Von dem untersuchenden Arzte wird an demselben Tage constatirt: Entzündung des linken Samenstranges sowie Krampfaderbruch an diesem und am rechten Samenstrange, Anschwellung des Hodensackes und beider Leistengegenden. 4 Wochen später, nach Abschwellung der Leistengegenden, stellen zwei untersuchende Aerzte fest: Anlage zum doppelseitigen Leistenbruch mit durchgängigem Leistencanal, mäßig entwickelter rechtsseitiger und stärker entwickelter linksseitiger Krampfaderbruch. Diese Erkrankungen konnten nach dem ärztlichen Gutachten unmöglich in wenigen Stunden nach dem Unfall entstanden sein, dagegen könne durch das plötzliche Bücken eine Quetschung und Entzündung des Samenstranges entstanden sein, welche ihrerseits durch die mit ihr verbundene Blutstauung zur Weiterentwicklung der Krampfaderbrüche geführt habe. Ca. 9 Wochen später fand nochmals eine gemeinschaftliche Untersuchung durch die beiden Aerzte statt, wobei „doppelseitige Leistenbruchanlage, mäßiger linksseitiger Krampfaderbruch, schwache Andeutung eines solchen rechterseits, Empfindlichkeit beider Samenstränge, von denen der linke etwas verdickt war", gefunden wurde. Abnorme Bestandteile im Harn wurden nicht entdeckt. Die untersuchenden Aerzte hielten den Patienten „gegenwärtig zur Verrichtung von Arbeiten in sitzender Stellung für fähig und auch wohl zu solchen, bei denen nicht ein anhaltendes Stehen, Gehen, Bücken oder Treppensteigen notwendig ist." Sie wünschten zur genauen Feststellung der Unfallfolgen und des gegenwärtigen Grades der Erwerbsverminderung Beobachtung in einer Klinik.

Der Untersuchungsbefund in einer Anstalt ergiebt: Tieferstand des linken Hodens, Anschwellung desselben und des linken Nebenhodens, Druckempfindlichkeit des letzteren und des linken sowie rechten Samenstranges,

finders an Einfachheit und Sicherheit alle bisher gebräuchlichen Instrumente. Das Urethrotom besteht aus einem Messer, das am vorderen Ende knopfförmig oder konisch abgestumpft ist und hier einen etwas breiteren Teil zeigt, der durch eine rechtwinklig hervortretende Ecke von dem schmäleren Teil getrennt ist. Nur diese Ecke ist scharf, der ganze übrige Teil des Messers aber stumpf. Das Messer aber ist in einer Schutzhülle verborgen. Das Instrument wird nun bis hinter die Strictur eingeführt, mittelst einer am Griff befindlichen Schraube die Schutzhülle zum Zurücktreten gebracht und die Strictur darauf mit der scharfen Ecke des Messers durchtrennt. Alsdann wird durch Druck auf einen Knopf die Schutzhülle wieder in ihre frühere Lage gebracht und nunmehr das Instrument herausgezogen. Auf diese Weise wird nur allein das stricturirte Gewebe durchtrennt, jede weitere Verletzung aber vermieden. Dadurch aber, daß die Durchtrennung die Strictur nicht überschreitet, werden weitere üble Folgen vermieden. Außerdem wird das Gewebe noch während der Durchtrennung gespannt, was ein weiterer Vorteil ist. Lw.

Gilles: **Die electrische Behandlung der Harnröhrenstricturen.** (Archives d'électricité méd., October 1895).

Die Behandlung der Stricturen mittelst Dilatation wirkt deshalb so gut, weil in der Dehnung ein Teil der Wirkung Folge der Massage ist. Letztere wirkt vorwiegend bei spastischen Stricturen. Hier wirkt aber noch besser die Electricität. Von diesem Gesichtspunkte aus sind zu unterscheiden: 1) Rein spastische Stricturen bei chronischer Urethritis. 2) Gemischte Stricturen (einfach entzündliche Stricturen). Nach Beseitigung des Spasmus bleibt hier noch eine durch fibröses Gewebe bedingte Herabsetzung der Dilatibilität zurück. 3) Fibröse Stricturen, sie sind schwierig, nicht selten nur durch Urethrotomia interna zu behandeln. Die ersten beiden Categorien behandelt G. durch allmähliche Dilatation, combinirt mit schwachem galvanischen Strom (Newman), die dritte Categorie entweder durch die allerdings schmerzhafte Electrolyse linéaire oder durch progressive Dilatation mit Metalloliven, die den negativen Pol eines schwachen constanten Stroms bilden. Der positive umfangreiche Pol wird auf den Bauch placirt. Man wähle möglichst schwache (1—3 M.-A.) Ströme. Die Methode versagte zuweilen, weil entweder die Olive nicht genügend genau die Klappe traf, oder weil die Intensität des Stromes nicht genügend regulirbar war. — Verf. empfiehlt deshalb stets die Anwendung von Leitsonden, die man später entweder zurückzieht oder auch liegen läßt. Der Strom wird erst geschlossen, wenn die Olive richtig in der Strictur liegt. Nunmehr übt man einen leichten Druck aus und fühlt dann, wie die Strictur allmählich nachgiebt. Das Verfahren ist reiz- und schmerzlos. In einer Sitzung kommt man gewöhnlich etwa 5—9 Nummern weiter. Wendet man die Fort'sche Linear-Electrolyse an, so kann man bis zu 15 M.-A. Stromstärke gehen. Dauer der Sitzung beträgt hier 5—10 Minuten. Die Harnröhre wird nach der Sitzung am besten nicht ausgespült, frühestens 2 Tage

2) von benachbarten Organen entweder durch directe Communicationen mit dem untersten Darmabschnitt durch die Prostata oder auf dem Wege der Lymphbahnen.

Durch die Veränderungen, die der Gonococcus im Epithel schafft, sind auch mit einem Schlage günstige Bedingnngen für das Gedeihen anderer Mikroorganismen vorhanden, unter denen speciell Bacterium coli commune die Trübung des Harns hervorruft.

Melchior war der Erste, der diesen Mikroorganismus bei gesunden Individuen nachwies, aber niemals in der Urethra, sondern im Präputium und in der Vulva. Erst mit den Veränderungen, die der Gonococcus im subepithelialen und submucösen Gewebe erzeugt, ist der Weg frei, ohne daß sich jedoch das Bacterium coli in der Harnröhre ansiedelte. Sein wahrer Wohnsitz sind die hinter dem Compressor gelegenen Teile des Harnapparates, und obwohl jede Harnentleerung ungeheure Mengen von ihm in die Harnröhre wirft; erscheint es hier mit seltener Ausnahme nur als „Microbe du passage" (Guyon).

Eine zweite viel wichtigere Pforte für die Einwanderung stellt die Prostata dar. Sind in Verlaufe der gonorrhoischen Entzündung die Drüsen und Ausführungsgänge der Vorsteherdrüse denselben pathologischen Veränderungen unterworfen worden, so können die Bacterien aus dem untersten Darmabschnitte ebenfalls einwandern, entweder direct, wenn ausgedehntere Zerstörungen des Parenchyms stattgefunden haben, die eine Communication mit der hinteren Harnröhre schaffen, oder aber, wenn kleine Drüsenanteile an der Peripherie der Prostata abscediren durch Uebergang in dieselbe oder in die Lymphbahnen.

Ist die Trübung des Harnes nicht constant, so kann man die Infectionen als sicher von der Prostata ausgehend annehmen, da dieselbe eben ihren Inhalt nur unter gewissen Bedingungen in die hintere Harnröhre entleert, wie z. B. bei schwerer Defäcation, wo eine rein mechanische Compression stattfindet.

Ein anderes Moment kommt bei den Kranken zur Geltung, die nur dann die Symptome der Bacteriurie im Harne zeigen, wenn sie genötigt sind, den Urin zu verhalten, wobei eine directe Communication der Blase mit der Urethra prostatica hergestellt wird.

Gewöhnlich macht die Bacteriurie keine Beschwerden; in vielen Fällen jedoch ist sie von höchst markanten Erscheinungen begleitet. Diese sind entweder rein locale oder allgemeine. Zu den ersteren gehört des plötzliche Auftreten von Ausfluß aus der vorderen Harnröhre bei Individuen, bei denen die Secretion schon längst verschwunden war und die sicher zuvor keinen Exceß begangen hatten. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergiebt hier regelmäßig die völlige

Goldbarb: **Syphilisinfection bei einem 9jährigen Mädchen.** (Wratsch 1896, No. 6.)

Verf. hatte ein Ehepaar mit secundärer Syphilis in Behandlung. Eines Tages brachten die Leute ihre 9jährige Tochter in die Sprechstunde, bei der die Untersuchung einen typischen harten Schanker an der rechten Schamlippe und beiderseitige rosenkranzförmige Schwellung der Leistendrüsen ergab. Die Schamlippen waren so geschwollen und schmerzhaft, daß die Bewegung der unteren Extremitäten dadurch äußerst erschwert war. Das Hymen war unverletzt, ebenso fehlten jegliche anderen Zeichen, die den Verdacht erwecken könnten, daß dem Mädchen Gewalt angethan wurde. Erst nach langer Mühe gelang es dem Verf., auf den Infectionsursprung zu kommen, indem er folgenden gräßlichen Thatbestand feststellte: der syphilitische Stiefvater hatte die Gewohnheit, mit seiner Stieftochter zu „spielen“; das Spiel endete gewöhnlich so, daß der Unmensch das Kind auf das Bett schleuderte, ihm die Genitalien entblößte und hineinspuckte. Durch weitere Beobachtungen konnte sich Verf. überzeugen, daß hier von Seiten des Stiefvaters keine sexuelle Psychopathie, sondern einfach Rohheit vorlag.

Das Mädchen bekam specifische Medication; nach 6 Einreibungen von je 2,0 grauer Quecksilbersalbe trat Besserung, nach 50 vollständige Genesung ein. Die Einreibungen wurden gut vertragen. Li.

Hallopeau und Bureau: **Ein secundäres Syphilid des Kopfhaars in der Form des seborrhoischen Ekzems.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphiligr. nach La Médec. mod., 14. März 1896, No. 22.)

H. und B. beobachteten ein secundäres Syphilid, das auf der Kopfhaut in der Form eines seborrhoischen Ekzems erschien. Dieses Syphilid, das sehr selten ist, führt eine Alopecie herbei, die von der gewöhnlich bei secundärer Lues herbeigeführten ganz abweicht. Das Kopfhaar zeigt fast in seiner ganzen Ausdehnung ein Erythem, das mit breiten und dicken Schuppen bedeckt ist. Die Alopecie ist diffus. Die luetische Natur der Affection erkennt man durch Plaques muqueuses in der Umgebung.

Hz.

J. Neumann (Wien): **Kleinmiliäres Syphilid.** (Wien. Med. Club, Sitz. v. 15. Januar 1896. — Wien. Med. Woch. 1896, No. 5.)

Das — an einem Kinde demonstrirte — kleinmiliäre Syphilid findet man häufiger bei Erwachsenen, welche an Seborrhoe der Stirnhaut, der Nasenwinkel leiden. Die einzelnen Flecken zeigen ein normales Centrum, während gegen die Peripherie hin miliäre Knötchen auftreten, welche nicht etwa wie Herpesbläschen vertrocknen. Dieses Syphilid kommt an jenen Hautpartien vor, wo die Talgdrüsen prävaliren und die Haare gewisser-

maßen Appendices derselben darstellen; bei Kindern, wo die Haare überhaupt wenig entwickelt sind, findet man es über die ganze Hautoberfläche verbreitet. K.

Kaposi: **Ein Fall von kleinpapulösem Syphilid.** (Wien. dermat. Ges., Sitzung v. 26. Febr. 1896. — Wien. Med. Presse 1896, No. 13.)

K. demonstrirt einen Fall von kleinpapulösem Syphilid. Namentlich im Gewebe sind die Efflorescenzen dicht gedrängt in großer Zahl vorhanden und den Follikeln und Talgdrüsen entsprechend localisirt, wodurch es zu Erscheinungen der Seborrhoe kommt, die sonst auch bei Syphilis nicht selten zu beobachten ist. Durch Combination des Syphilides mit der Seborrhoe entsteht ein eigentümliches Bild wie das einer Acne rosacea. Beim Anfühlen bemerkt man die Derbheit der Haut.

Neumann sah bei einem hereditär-syphilitischen Kinde ein kleinpapulöses Syphilid vom Aussehen eines Lichen pilaris. Dieses Exanthem findet sich gewöhnlich an Stellen, wo die Talgdrüsen über die Haarfollikel prävaliren, so am Nasenwinkel und an der Stirnhaut. Bei Kindern herrschen auch sonst die Talgdrüsen vor, und so entsteht auch am übrigen Körper das kleinpapulöse Syphilid. Histologisch findet man Riesenzellen im Papillarkörper.

v. Hebra beobachtete einen Fall von colossalem Lichen pilaris als erste Erscheinung eines papulösen Syphilides. Jedem Lichenknötchen entsprach später eine syphilitische Papel, während man die Affection anfänglich absolut nicht als Syphilis ansehen konnte. K.

Du Castel: **Synovitis syphilitica.** (Annal. de derm. et de syphil. 1896, No. 2)

Vor der „Soc. de derm. et de syph.“ stellte Du Castel einen Kranken vor, der vor 15 Jahren ein syphilitisches Exanthem gehabt hatte und noch vor zwei Jahren an einer gummösen Periostitis der Tibia behandelt war. Jetz befinden sich an beiden Daumengelenken runde, fluctuirende, indolente Knoten, die von der Synovialis ausgehen und durch eine combinirte Jod-Quecksilberbehandlung bereits kleiner geworden sind. Patient arbeitet viel mit der Hand. Die Geschwülste haben sich sehr langsam im Zeitraum von 8 Jahren entwickelt.

Besnier sah ähnliche Tumoren bei einem Lupösen, die Jacquet indeß durch die in obigem Falle fehlende Crepitation unterscheiden zu können glaubt. Dreyer.

Spilmann und Etienne: **Pleuritis im Sekundärstadium der Lues.** (Annal. de dermat. et de syphil. 1896, No. 2).

Verf. stellen vor der „Soc. de derm. et de syph.“ einen 13 Jahre alten, erblich nicht belasteten Knaben vor, der im September 1895 an einem harten Schanker des Präputiums litt. Am 23. November erkrankte derselbe plötzlich mit Schwindel, heftigen Schmerzen in der rechten Seite, Husten und Brechen.

nichts von der Norm Abweichendes im Rückenmark ergab, so bildete er die geistreiche, aber etwas gekünstelte Theorie aus, daß reflectorische Reizungen des Rückenmarks, ausgehend von erkrankten Organen, auch zu einer Lähmung führen können und nannte solche Paraplegien Reflexlähmungen. R. Remak vertrat dann die Anschauung, daß von dem erkrankten peripherischen Organ eine Neuritis aufsteige und schließlich auf das Rückenmark überginge. L. gelang es nun zuerst in Fällen von Paraplegien nach Blasenkrankheiten (Paraplegiae urinariae), welche tötlich verliefen, intensive anatomische Läsionen im Rückenmark, welche sich als schwere diffuse Myelitis erwiesen, zu finden. Die Reflextheorie war damit gefallen. Die Blasenleiden hingen in den meisten Fällen mit Gonorrhoe zusammen. Auch in den von Leroy d'Etiolles im Jahre 1855 in Paris zusammengestellten Fällen ergaben sich 33 pCt. im Gefolge der Gonorrhoe und in neuerer Zeit sind kaum noch andere beobachtet worden. Die Paraplegiae urinariae sind also zu blennorrhagischen Paraplegien, anatomisch zu Myelitiden, Meningitiden geworden, die zu den Metastasen der Gonorrhoe rechnen.

II. Die Endocarditis gonorrhoica.

Schon Bouillaud hat den Gedanken einer gonorrhoischen Herzmetastase ausgesprochen. Im Jahre 1862 oder 1863 wurde dann von Traube ein Fall von gonorrhoischer Endocarditis und etwas später von L. ein analoger in Straßburg beobachtet, ohne daß jedoch bei der Autopsie etwas Characteristisches nachgewiesen werden konnte. Erst im Jahre 1893 gelang es L. bei einem Falle von acuter ulceröser Endocarditis, der zur Section kam, in den fibrösen Auflagerungen Gonokokken zweifellos nachzuweisen. Die Anlegung einer Reincultur gelang nicht, jedoch hält dies L. zum vollen Beweise bei der Schwierigkeit des Gelingens einer solchen nicht für erforderlich. Eine Bestätigung dieses Befundes gelang dann in einem zweiten in letzter Zeit beobachteten Falle von ulceröser Endocarditis ebenfalls durch den sicheren Nachweis des Gonococcus in Stückchen der ulcerirten, mit Gerinnseln bedeckten Herzklappen. Arnheim.

J. Zawadski und L. E. Bregman: **Endocarditis gonorrhoica mit Embolie der Arteria fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Oedem.** (Wien. med. Woch. 1896, No. 8—9.)

17jähriges Mädchen, vor einem Monat in ein Bordell eingetreten, war mit Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Fieber und heftigen Gliederschmerzen erkrankt. Nach 6tägiger Behandlung Besserung. Nach erneuter Verschlimmerung Aufnahme in's Krankenhaus. Die Anamnese.

Protojod-Pille à 5 cg und Jodkal. 5 g täglich bestand, unterworfen worden. Die Veränderungen an den Nebenhoden gingen danach fast vollkommen zurück — nur an der linken Seite ist noch eine ganz geringe Schwellung zu fühlen — jedoch sind nun vor Kurzem luetische Symptome an der Haut und im Munde, sowie eine Alopeiie aufgetreten. Die Diagnose hat sich damit vollkommen bestätigt, und zwar rechnet D. auch in Hinsicht auf die zuletzt hinzugetretenen Erscheinungen diesen Fall zu den schweren Formen der Syphilis.

M. E. Besnier richtet besonders an Jullien und Barthélemy die Frage, ob bei einer Injectionsbehandlung ein ebenso schnelles Recidiv der Hauterscheinungen eingetreten wäre. Nach seinen Beobachtungen scheint dies nicht der Fall zu sein.

Barthélemy hat zwar mit intramusculären Injectionen Heilung bei Fällen gesehen, welche den anderen Methoden trotzten, glaubt jedoch nicht behaupten zu können, dass sie jedes Recidiv unmöglich machten.

Jullien hält die Injectionen für ein besseres Schutzmittel gegen Recidive, als die anderen Behandlungsarten.

Besnier hat in einem Falle von Syphilis, welcher durch die anderen Behandlungsweisen nicht zu heilen war, durch Injectionen völliges Schwinden der Symptome und keine Recidive beobachtet.

Le Pileur hält diese ebenfalls für wirksamer, als die anderen Heilmethoden, jedoch ist man auch bei Ihnen in gewissen Fällen vor Mißerfolgen nicht sicher.

Darier will den Patienten nunmehr mit Injectionen behandeln.

Arnheim.

Danlos: **In der Kindheit erworbene Syphilis mutilans.**

(Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

Danlos stellt vor der „Soc. de derm. et de syph.“ einen 15jährigen Kranken vor, der im ersten Lebensjahre einen Schanker der Nasenscheidewand durch Infection von Seiten der als Amme angesteckten Mutter erworben hatte. Die Lues beider Eltern verlief unter Pillenbehandlung sehr leicht; Patient selbst wurde niemals einer specifischen Kur unterworfen. Er erkrankte vor zwei Jahren, als das Nasengerüst, das jetzt vollkommen fehlt, einzusinken begann. Patient bietet den Anblick eines Sechsjährigen, die Haare an den Pubes und in der Achsel fehlen, auf dem Kopf trockene Seborrhoe mit spärlichen Haaren. Im mittleren Drittel der Fibula, am Condylus internus femoris und Epicondylus humeri links, sowie am unteren Ende des rechten Radius periostitische Verdickungen.

Alte Narben über der rechten Clavicula.

Die rechten Augenlider sind vollkommen zerstört, die rechte Wange

mit Geschwüren bedeckt, das rechte Auge nur an seiner Form und seinen Bewegungen noch als solches zu erkennen, während Cornea und Scleralhaut sich nicht mehr differenziren ließen.

Auch das linke untere Augenlid und die Gegend hinter dem rechten Ohr zeigen Geschwüre.

Ausgedehnte Zerstörungen im Pharynx mit narbigen Verwachsungen.

Der Oberkiefer ist atrophisch und bietet nicht den genügenden Platz für die Zähne, die übrigens die für hereditäre Lues characteristischen Deformitäten nicht aufweisen.

Nach dreiwöchentlicher Behandlung mit Einreibungen und wachsenden Jodkaligaben tritt bedeutende Besserung ein. Trotzdem wird der Fall von Danlos wie von Besnier für eine maligne mutilirende Lues gehalten.

Dreyer.

Fournier: **Ueber eine besondere Form der Rückenmarkssyphilis.** (Ann. de derm. et de syphil., Mars 1896.)

Fournier stellte der „Soc. de dermat. et de syphil." einen Kranken vor, der bereits 14 Monate nach der luetischen Infection von folgenden schweren Symptomen befallen wurde:

1) Die unteren Extremitäten konnten nur mit Mühe bewegt werden. Obwohl ihre Kraft nicht vermindert ist, setzt sich ihren Bewegungen ein starker Widerstand entgegen.

2) Der Patellarreflex ist deutlich erhöht.

3) Fußclonus.

4) Obstipation; starker Harndrang bei voller Blase, der plötzlich einsetzt und geringe Incontinenz.

Trotz energischer Behandlung wurde keine Besserung erreicht.

Es handelt sich um einen reinen Fall von Erbs syphilitischer Spinalparalyse, für die Fournier, da es sich um eine eigentliche Paralyse nicht handelt, den Namen „Syphilis medullaris spastica" vorschlägt. Ihre Prognose ist sehr ernst.

Dreyer.

S. Orlowski: **Beiträge zur Rückenmarkssyphilis.** (Annales de derm. et de syphil. 1896, No. 2.)

Orlowski beschreibt 72 Fälle von Rückenmarkssyphilis, von denen nur 5 Frauen betrafen. Die Symptome begannen meist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre, doch ist vom 20. Jahre an kein Alter ausgeschlossen. Der Raum zwischen Infection und Beginn der ner-

vösen Symptome schwankte zwischen 3 Monaten und 34 Jahren. Bemerkenswert ist, daß in der Hälfte der Fälle eine genügende Behandlung gefehlt hatte, indeß wird die angewandte Therapie 23 Mal sogar als eine energische bezeichnet. Als prädisponirende Ursachen werden 14 Mal neuropathische Belastung, 14 Mal thermische Einflüsse, 13 Mal Excesse in Venere, 15 Mal Alkoholismus, 8 Mal körperliche Anstrengungen, 5 Mal Traumen aufgeführt. Verf. teilt die Erkrankungen in folgende Gruppen ein:

1) diffuse Erkrankung des Rückenmarks und der Meningen mit 22 Myelitiden, 27 Meningo-myelitiden und 5 Meningitiden,

2) combinirte System- und Pseudo-Systemerkrankungen (11 Fälle)

3) Syphilis cerebro-spinalis.

Die erste Form kann acut oder chronisch verlaufen. Auch bei acutem Auftreten können Tage bis Jahre dauernde Vorboten (unter anderen vorübergehende Störungen der Urinentleerung, Impotenz) vorhanden sein. Doch auch ohne diese Vorboten können acute Lähmungen diese Krankheit einführen. Blasenstörungen fehlten alsdann nur ein Mal, meist bestand vollkommene Retentio urinae, mehrmals erschwertes Harnlassen und zuweilen Incontinenz. Im dritten Stadium der Erkrankung, dem spasmodischen, bestehen die Blasensymptome fort, sie zeigen nur geringe Neigung zur Besserung, wie denn überhaupt die Erkrankung auch bei specifischer Behandlung im günstigsten und selteneren Falle mit einer teilweisen Besserung verlief.

Bei der chronischen Form kann der Beginn mit subacuten Symptomen verbunden sein, oder es treten im Verlauf Exacerbationen ein. Die Symptome von Seiten der Blase fehlten in 35 Fällen nur 2 Mal, sonst bestanden sie in Schwierigkeit oder Unmöglichkeit des Harnlassens, in Incontinenz oder starkem Harndrang. Eine catarrhalische Cystitis stellte sich bei 3 Kranken ein. Daneben war die geschlechtliche Function 12 Mal gestört und 7 Mal gänzlich aufgehoben.

II. In der zweiten Gruppe unterscheidet Verfasser tabische und pseudotabische Erkrankungen, welch' letztere sich durch Paresen schon im Beginn des Krankseins und durch Nystagmus von der Tabes unterscheiden. Erstere war mehrmals mit Retentio urinae oder erschwerter Miction verknüpft. Besserungen waren bei specifischer Behandlung meist, Heilung nie zu erzielen.

III. Auch in der dritten Gruppe der cerebro-spinalen Lues waren 4 Mal Störungen der Genital- und Blasenfunctionen vorhanden. Hier erwies sich die Behandlung von größtem Nutzen, doch konnte in 5 Fällen nur 2 Mal die Paralyse zum Schwinden gebracht werden.

Dreyer.

M. Storbeck: **Tabès dorsalis und Syphilis.** (Zeitschr. f. klin. Med., 29. Bd., I. u. II. Heft. — Münch. Medic. Woch. 1896, No. 1.)

Nachdem Verf. die für den ätiologischen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis geltend gemachten Argumente einer Kritik unterzogen hat, giebt er eine Uebersicht über 108 aus der I. medic. Klinik und Klientel Leyden's entstammenden Tabesfälle. Diese teilt er behufs Feststellung einer etwaigen vorausgegangenen Lues in drei Abteilungen ein, in solche, bei welchen aus der Anamnese, dem Krankheitsverlauf, resp. aus dem gegenwärtigen Befunde vorausgegangene Syphilis sicher erwiesen ist, ferner in solche, bei denen die syphilitische Infection wegen nicht characteristischer Angaben über die Primärerscheinungen zweifelhaft ist, und in solche, bei denen nicht der geringste Verdacht auf Syphilis weder nach der Anamnese, noch nach dem objectiven Befund bestehen konnte. Von diesen 108 Fällen waren nur 22 sicher syphilitisch, 23 zweifelhaft syphilitisch und 63 sicher nicht syphilitisch. Wenn die zweifelhaften Fälle halb zu den sicher syphilitischen und halb zu den sicher nicht syphilitischen gerechnet werden, so resultiren 69,4 pCt. nicht syphilitische und 30,6 pCt. syphilitische Tabiker — Zahlen, welche von denen von Westenhöfer an obducirten Tabesfällen gewonnenen nur sehr wenig abweichen. Verf. hält demnach den ätiologischen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis für zur Zeit noch nicht sicher erwiesen. Dreyer.

Syphilis congenita.

Silex: **Pathognomonische Kennzeichen der congenitalen Lues.** (Berliner med. Gesellschaft, Sitzung v. 20. Jan. 1896 u. ff. — Allgem. med. Centralztg. 1896, No. 10 u. ff.)

Als Kennzeichen der hereditären Lues, die nicht schwer zu diagnosticiren ist, sobald man bei Säuglingen und kleinen Kindern die ausgesprochenen Zeichen, wie Coryza, den syphilitischen Habitus etc. findet, deren Diagnose aber schwieriger wird, sobald man es mit scrophulösen, rachitischen älteren Kindern zu thun hat, sind Erscheinungen bekannt, wie Veränderungen der Knochen und Zähne, Papeln, Augenerkrankungen, Narben etc., die alle nicht durchaus für Lues characteristisch sind. — Von den Augenerkrankungen hält Silex die Chorioiditis areolaris für exquisit pathognomonisch für congenitale Lues.

Die von Hutchinson beschriebenen Veränderungen an den

Zähnen werden nicht von allen Autoren als für Lues characteristisch anerkannt. Nach S. ist nur die Zahnbildung für congenitale Lues pathognomonisch, bei der sich an den oberen inneren Schneidezähnen eine halbmondförmige centrale Einkerbung findet; daneben bestehen feine, von oben nach unten verlaufende Längshügel, von Querhügeln unterbrochen, die vielfach erst mit der Lupe sichtbar sind.

Die vielfach als characteristisch für Lues angesehenen Narben an den Mundwinkeln können noch anderer Ursache ihre Entstehung verdanken; dagegen ist von S. eine Art von Narben, die strahlig von dem Mund aus auf Wange übergehend, den Muskelzügen folgend, beobachtet worden; bei diesen Bildungen wurde mikroskopisch immer ein Papillarkörper gesehen, so daß es sich hier nicht um echte Narben handelt, sondern wahrscheinlich um Einziehungen der Haut durch Muskelzug bewirkt. Ein Kranz von Narben um die Lippen in Verbindung mit diesen Furchen über das ganze Gesicht bilden ein pathognomonisches Zeichen der congenitalen Syphilis.

In der sich diesem Vortrage anschließenden Discussion betont

Herr Busch, daß die syphilitischen Erosionen an den Zähnen nur schwer von den gewöhnlichen typischen zu unterscheiden seien, so daß ein solcher Befund nur eine gewisse Stütze für die Diagnose abgeben kann.

Herr Blaschko hält lineäre strahlige Narben um den Mund für ein ziemlich sicheres Zeichen der congenitalen Lues; es handle sich wirklich um Narben, da sie sich als feine weiße Linien auf den Lippensaum fortsetzen. In Betreff der Zahndeformitäten ist B. der Ansicht, daß die verschiedensten durch Lues bewirkt sein können, daß aber nur die halbmondförmige Ausschleifung der mittleren oberen Incisivi für die Diagnose verwertbar ist. Auch am Milchgebiß finden sich schon Veränderungen, es findet sich eine ausgeschliffene Fläche, nicht durch Caries bewirkt, sondern ganz glatt, oft bis zum Zahnfleisch abgeschliffen. Die Keratitis parenchymatosa ist nur in der Mehrzahl der Fälle auf Syphilis zurückzuführen, kann also auch noch andere Ursachen haben.

Herr G. Lewin hält Veränderungen an den Zähnen nicht für hereditäre Syphilis beweisend, sie seien nur als Fingerzeig anzusehen, um auf andere Zeichen von Lues zu fahnden. Die Narben um den Mund können keine echten Narben sein, da sie aus beweglichen Geschwüren hervorgehen müßten und da solche bei Syphilis nicht vorkommen. Sie können wohl auf Muskelzug zurückzuführen sein, doch könnte dies bei allen atrophischen Kindern mit geringem Panniculus adiposus der Fall sein. Die Keratitis parenchymatosa sei nur in 60 pCt. der Fälle

syphilitisch. Beachtung verdiene die Atrophie der Zungenbalgdrüsen.

Herr Hirschberg beschreibt die für Syphilis characteristischen und mit anderen nicht zu verwechselnden Zähne als schmäler als normal mit einem Ausfall der ganzen Substanz am freien Rande. 12 pCt. der hereditär Syphilitischen haben solche Zähne. Die Keratitis parenchymatosa komme nur bei Syphilitischen vor; die scrophulöse Keratitis sei von ersterer Form grundverschieden.

Herr Köbner hält mit Hutchinson die Veränderungen an den Zähnen für sehr wesentlich und pathognomonisch für einen Geübten, während sich der Ungeübte nicht darauf verlassen kann. Die Keratitis parenchymatosa braucht nicht immer hereditär-syphilitischer Natur zu sein; von der von Silex beschriebenen Chorioiditis areolaris müsse es erst im Laufe der Zeit bewiesen werden. Alle Zeichen zusammen seien ein überzeugender Beweis für das Bestehen hereditärer Lues. Die sehr schwere Differentialdiagnose zwischen congenitaler und sehr früh acquirirter Lues kann durch Veränderungen an Haut, Knochensystem, Mund und Rachenhöhle ermöglicht werden.

Herr Brandt hält die Hutchinson'schen Zähne nicht für pathognomonisch für hereditäre Syphilis; es kämen beständig Mischformen vor.

Bock.

Therapie der Syphilis.

Stukowenkow: **Die Behandlung der Syphilis mittelst intravenöser Injection von Quecksilberpräparaten.** (Medicinskoe obosrenie. — St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896.)

Verf. prüfte die von Bacelli vorgeschlagene Behandlung der Syphilis mittelst intravenöser Injection von Quecksilberpräparaten an 30 Kranken, denen er insgesamt 564 Injectionen machte. Die Kranken wurden in 3 Gruppen geteilt, von denen die eine geringe, die andere steigende Sublimatmengen bekam, die dritte Gruppe erhielt Hydrargyrum benzoicum in rasch steigenden Dosen. Die Schlußfolgerungen des Verf.'s sind:

1) Die Schnelligkeit der therapeutischen Wirkung des Quecksilbers ist direct proportional der täglich in's Blut hineingebrachten Dosis und umgekehrt proportional der hierfür gebrauchten Zeit.

2) Die tägliche Dosis des Metalles steht in umgekehrtem Verhältnisse zu der Menge des für den ganzen Cyclus notwendigen Quecksilbers und zur Behandlungsdauer.

3) Die durchschnittliche Tagesquantität des in's Blut tretenden Quecksilbers muß zur Erzeugung einer raschen Wirkung 0,010 erreichen. Kleinere Dosen erzeugen eine schwächere Wirkung oder gar keine.

4) Für gewöhnlich muß für den ganzen Cyclus 0,260 metallischen Quecksilbers verbraucht werden.

5) Entgegengesetzt der Behauptung von Bacelli, ist die Menge des intravenös eingeführten Quecksilbers, welche zur Erzeugung eines Resultats erforderlich ist, nicht geringer, als die bei subcutaner Injection zur Erlangung desselben Erfolges verbrauchte.

6) Für die intravenöse Behandlung eignet sich das Sublimat durchaus nicht am meisten, andere Salze werden vielleicht noch viel wirksamer sein. Li.

Wreden: **Die ersten Versuche mit Serumtherapie bei Lues in Kiew.** (Bolnitschnaja gaseta Botkina. — St. Petersburger medicinische Wochenschrift 1896.)

Verfasser hat 5 Soldaten, die in das Hospital mit tertiären Syphiliserscheinungen (exulcerirte Gummata, Periostitis) aufgenommen wurden, subcutane Injectionen von mercurialisirtem Serum gemacht. In jeder Sitzung wurden dem Patienten 10 ccm Serum injicirt, dessen günstige Wirkung sich bereits nach den ersten Injectionen bemerkbar machte. Durch diese Behandlung konnten die Ulcerationen bald zum Vernarben gebracht und besonders die Schmerzen vermindert werden. Leider enthält die Arbeit gar keine Angaben über die Gewinnung des mercurialisirten Serums Li.

Heller: **Experimentelle Beiträge zur Polyneuritis mercurialis (Leyden).** Verein für innere Medicin zu Berlin, Sitzung vom 6. Januar 1896. (D. med. Wochenschr. 1896, No. 9 u. 10.)

Das von Leyden bei einem mit Quecksilber behandelten syphilitischen Manne beobachtete Krankheitsbild (acute Ataxie), das mit dem Namen „Polyneuritis mercurialis" belegt worden ist, ist auch von anderen Autoren gesehen worden, wodurch die Anschauung Leyden's hier Bestätigung gefunden hat. An Tieren ein ähnliches Krankheitsbild zu erzeugen, war Leyden nicht gelungen. Trotz zahlreicher experimenteller Quecksilberintoxicationen bei Tieren ist Lähmung hier bisher nicht beobachtet worden.

Heller ist es nun gelungen, ein der Polyneuritis mercurialis völlig entsprechendes Krankheitsbild bei Kaninchen zu erzeugen, lange klinisch zu beobachten, sowie durch Section und mikroskopische Untersuchung die Natur der Krankheit sicher festzustellen. Bei zwei Kaninchen, von denen das eine gestorben und zur Section gekommen ist, das andere von H. demonstrirt wurde, zeigten sich nach Injectionen

von Sublimat motorische Störungen, Lähmungen und Contracturen an den hinteren Extremitäten bei normaler electrischer Erregbarkeit; ferner zeigten sich trophische Erscheinungen, Haarausfall, Decubitus, Eczeme. Die mikroskopische Untersuchung der Nerven des gestorbenen Tieres zeigte tiefgreifende Veränderungen.

Heller macht darauf aufmerksam, daß die Untersuchungen über Polyneuritis mercurialis als wesentliches Moment gegen eine schematisirende intermittirende Quecksilbertherapie angeführt werden kann, ferner darauf, daß bei Krankheiten des Nervensystems, bei denen, wie Tabes, Paralyse, der Syphilis eine ätiologische Bedeutung zugesprochen wird, nicht Quecksilber in beliebigen Mengen angewendet werden sollte.

Bei der Bedeutung, die dem Quecksilber als wichtigste Waffe gegen die Syphilis zukommt, ist es von großer Wichtigkeit, die Eigenart der Waffe, ihre genaue und zweckmäßige Verwendung in jedem Einzelfalle zu kennen.

In der sich diesem Vortrage anschließenden Discussion wird von Herrn Goldscheider ein Fall erwähnt, bei dem während einer Schmierkur, die wegen Tabes verordnet war, eine Lähmung des Nervus peroneus auftrat, welche nach der Kur wieder allmählich zurückging. G. hält zwar seine Beobachtung nicht für durchaus beweisend als Folge der Quecksilbereinwirkung, doch würden, wenn solche Beobachtungen häufiger vorkommen würden, diese darauf hinweisen, daß man bei Patienten mit degenerativen Erkrankungen des Nervensystems mit Quecksilber vorsichtig sein müsse.

Herr G. Lewin hat bei seiner großen Zahl (ca. 80000) mit Sublimat-Injectionen behandelter Patienten nur zwei Fälle von Nervenaffectionen gesehen. Oefter werden Nervenerkrankungen durch Quecksilber im Gewerbebetriebe beobachtet. L. findet in den Experimenten Heller's einen Beweis für das Vorhandensein trophischer Nerven. L. warnt vor der Anwendung übergroßer Quecksilbermengen bei Syphilis.

Remak betont, daß man bei experimentellen Untersuchungen über Quecksilberinjection zwischen etwaigen örtlichen und allgemeinen Wirkungen unterscheiden müsse; ferner bemerkt R., daß Polyneuritis nach gewerblichen Quecksilberintoxicationen nie beobachtet worden ist. Die von Goldscheider bei Tabes beobachtete Peroneuslähmung könne ebensogut der Tabes, wie dem Quecksilber zugeschrieben werden.

Heller bemerkt, daß die Annahme localer Wirkung des Quecksilbers als Ursache der Lähmung durch die Anordnung seiner Versuche ausgeschlossen ist.
Bock.

Bubonen und Ulcus molle.

Emery: **Ein weicher Schanker der Zunge.** (Soc. de Dermatologie nach Sem. méd. 1896, No. 9.)

Der Pat. acquirirte durch einen Coitus, bei dem er die Vulva mit der Zunge berührte, nicht nur drei typische weiche Schanker am Präputium mit einer schmerzhaften Lymphadenitis inguinalis verbunden, sondern auch einen weichen Schanker der Zungenspitze. Es zeigte sich auf der Zungenspitze eine sagittale, rote, nicht blutende und schmerzlose Fissur. Zugleich zeigte sich eine der inguinalen gleichende schmerzhafte Lymphadenitis submaxillaris. Die kleine Zungenulceration maß 6—7 mm im Durchmesser. ihre Conturen ließen kleine Sinuositäten erkennen, ihre Ränder waren rot, leicht abgeschnitten, ohne Induration und zeigten einen diphtherischen Belag. Zwei Inoculationen an den Armen lassen typische weiche Schanker entstehen, in beiden Ulcerationen findet man die typischen Schankerbacillen von Ducrey u. Unna. Die Lymphadenitiden erweichten, resorbirten sich aber schnell nach einer Punction, der Eiter bestätigte die Diagnose. Nach 3½ Wochen ist alles bis auf einen Teil der Zungenulceration vernarbt, auch diese zeigt also einen benignen Charakter. Hz.

Minelli: **Die Diagnose und Behandlung des einfachen endourethralen Schankers.** (Giorn. Ital. d. mal. vener., Sept. 1895.)

In den Fällen von M. saß der weiche Schanker nahe der Fossa navicularis, seine Existenz wurde durch die Urethroskopie ermittelt. Die mikroskopische Untersuchung des alle 4—5 Stunden secernirten Eiters ergab keine Neisser'schen Diplococcen. Die Therapie bestand in Ausspülungen mit einer 0,25‰ Kaliumpermanganatlösung, die viermal täglich stattfand mit Hilfe eines doppelläuffgen Rohres. Nach 8 Tagen Heilung. Dieselbe Therapie empfiehlt M. bei der Gonorrhoea anterior. Hz.

G. Mastrosimone: **Rapports du chancre mou et du boubon avec les saisons.** [Sul raporto dell' ulcera molle e del bubone venereo con le stagioni.] (Giornale ital. delle mal. veneree e della pelle, Juni 1895. — G.-A., December 1895.)

Monatliche Statistik über 1891—1894 zu Palermo, aus der sich ergiebt, daß in den warmen Monaten beide Leiden weit häufiger vorkommen, als in den kalten. Am meisten beteiligt sind Juli und Januar.

Nicolich: **Ein grosser Abscess der Bauchwand durch eine venerische Lymphadenitis inguinalis.** (La Settima divisione sifilitico-chirurgic., Trieste 1893.)

Ein Mann von 24 Jahren, der vor einem Monat eine doppelseitige inguinale Adenitis in Folge weicher Schanker überstanden, bemerkte unter-

des Urethralsecrets als Hauptbedingung voraussetzt, ist vom theoretischen Standpunkte aus eine gewisse Folgerichtigkeit durchaus nicht abzusprechen. Leider stellt ihre practische Durchführung namentlich in der Weise, wie sie von Janet 1892 für die abortive Behandlung der acuten Gonorrhoe empfohlen wurde, derartige Forderungen an den Patienten und nicht minder an den Arzt, daß es dem Verf. ebenso wie den vielen anderen Autoren, welche sich die Prüfung der Methode zur Aufgabe machten, dieselbe weder poliklinisch noch in seiner Privatpraxis durchzuführen möglich war. Verf. acceptirte infolgedessen, dem Beispiele anderer Autoren folgend, für die Behandlung seiner 22 Fälle von acuter Gonorrhoe den viel einfacheren Modus, den Janet für die späteren Stadien derselben angegeben hat.

Wie nun aus den mitgeteilten einzelnen Krankengeschichten zu ersehen ist, erzielte Verf. mit der Janet'schen Methode insgesamt 10 Heilungen, von denen 4 als vollständige bezeichnet werden müssen. Die Behandlungsdauer betrug in diesen Fällen 13 bis 44 Tage. Besserung trat in 6 Fällen ein; ungeheilt blieben 6 Fälle, von denen 3 trotz langanhaltender Behandlung gänzlich unbeeinflußt blieben. Von Complicationen beobachtete Verf. je 1 Fall von Cystit. acuta, Lymphgefäßentzündung, Follicularabsceß, Lymphdrüsenschwellung und Epididymitis; er will jedoch dieselben nicht ausschließlich auf die Methode, sondern teilweise auch auf seine mangelhafte Uebung zurückführen.

Später ist der Schöpfer der Methode selbst von seiner ursprünglichen Rigorosität abgewichen. Im Jahre 1894 veröffentlichte er eine modificirte Abortivbehandlung der acuten Gonorrhoe, die viel leichter durchzuführen ist und in ihrer Wirkung, wie sich Verf. überzeugen konnte, der früheren Methode kaum nachsteht. Von 4 Fällen, die Verf. nach der neuen Modification behandelte, genasen 2 vollkommen und in verhältnißmäßig kurzer Zeit.

Was die Behandlung der chronischen Gonorrhoe betrifft, so stellt Janet die nämlichen Principien auf, wie für die der acuten: vor Allem Beseitigung der Gonococcen durch Spülungen mit Kali permang. 1 : 4000 bis 1 : 1000; dann Heilung oder möglichste Beschränkung der secundären Infection durch Zusatz zu der Kali hypermanganicum-Lösung von 50 ccm einer Sublimatlösung 1 : 1000 auf den Liter oder, falls keine Gonococcen mehr vorhanden sind, durch Spülungen mit Sublimat 1:20000 bis 1:10000; schließlich Behandlung der urethralen Läsionen: der oberflächlichen mit Spülungen oder Instillationen, der tieferen und älteren mit Dehnungen und Spülungen, der localisirten endoscopisch.

Verf. prüfte nun auch diese Methode in 8 Fällen chronischer

Gonorrhoe mit gonococcenhaltigem Secrete und erhielt ein negatives Resultat auch hinsichtlich des Punktes, in dem Janet in sämtlichen Fällen einen zweifellosen Erfolg erzielt haben will, d. h. der Vernichtung der Gonococcen. Zwar nahm die eitrige Secretion, so lange die Ausspülungen gemacht wurden, ab und die Gonococcen schwanden, nach Aussetzung der Spülungen traten beide jedoch in allen Fällen wieder ein.

Auf Grund der Ergebnisse seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die von Janet zuerst empfohlene Abortivbehandlung der acuten Gonorrhoe ist für die Privatpraxis undurchführbar.

2) Die modificirte Abortivbehandlung hat entschieden den Vorzug der leichten Durchführbarkeit.

Die Behandlung der acuten und subacuten Gonorrhoe giebt in einem nicht unbedeutenden Procentsatze ein günstiges Resultat, sofern die eiterige Secretion aufhört und die Gonococcen verschwinden. Die Dauer der Behandlung läßt sich aber nicht vorher bestimmen.

3) Bei der chronischen Gonorrhoe erfüllt die Janet'sche Methode das nicht, was der Autor derselben erwartet; sie steht in ihrer Zuverlässigkeit sowohl als auch schon in ihrer ganzen wissenschaftlichen Begründung entschieden hinter der Oberländer'schen Behandlungsmethode zurück.

Casper.

Berthold Goldberg: **Die Technik der Harnröhrenspülungen zur Behandlung des Trippers.** (D. Medicinal-Zeitung 1896, No. 26.)

G. hält nach seinen, an mehr als 100 Fällen gewonnenen Erfahrungen die Harnröhrenspülungen mit Lösungen des Kali permanganicum nach dem Vorschlage von Janet[1]) für das sicherste und schnellste der uns heute zu Gebote stehenden Verfahren zur Beseitigung der Gonokokkeninfection. Er unterzieht die Technik des Verfahrens einer eingehenden Besprechung, deren Einzelheiten eine ausführliche Wiedergabe notwendig machen.

„Die Stärke der Lösung wechsele von $^1/_3$ bis zu 1 pro Mille, je nach der an der Schmerzhaftigkeit des Harnens meßbaren Wirkung der voraufgegangener Spülung. Bei ausgesprochener acuter schmerzhafter

[1]) Annales des maladies génito-urinaires 1892, IV, VI; Annal. d. Dermat. 1893, X.

einige Autoren nehmen als Ursache eine Cyste an. Andere glauben an einen congenitalen Ursprung, schließlich soll ein Trauma bei der Geburt die Ursache sein. In den meisten Fällen waren auch die Frauen verheiratet und das Leiden in dem Wochenbett aufgetreten. Sehr oft bleibt die Urethrocele unbemerkt, da sie wenig Beschwerden macht, zuweilen aber führt sie Symptome herbei, die die Gesundheit bedrohen. Die Miction, die Defäcation, der Coitus veranlassen heftige Schmerzen, oft tritt Harndrang hinzu. Mitunter entsteht eine Entzündung der Cavität, die die Symptome der acuten oder chronischen Urethritis erzeugen oder die Bildung von Urinretention und selbst Steinen hervorrufen kann. Die Diagnose ist leicht, man entdeckt einen Tumor der Harnröhre, der durch Druck sich zurückbringen läßt und von der Harnröhrenlichtung ausgeht. Zu verwechseln ist der Tumor mit einer vaginalen Cystocele oder einem Prolaps der Scheide. Der Katheterismus entscheidet die Diagnose. Die gewöhnlichen Klagen sind Harndrang und das Vorkommen von Incontinenz des Urins, mitunter treten heftige Schmerzen in den Vordergrund. Die Patientin, die B. beobachtete, musste 10—15 Mal Nachts uriniren, sie hatte ferner Harnsäuregries im Urin. Die Urethrocele communicirte mit der Urethra durch eine Oeffnung von etwa 4 mm und war entzündet. Die Behandlung bestand in Injectionen und Instillationen von 0,5 pCt. Argent. nitric. in den Sack. Dann mußte Pat. von der Scheide aus nach jeder Miction durch Compression die Tasche entleeren. Die Heilung war vollständig. Hz.

Montaz: **Extraction d'un crayon dans l'urèthre d'un jeune fille.** (Dauphiné médical, Juni 1895. — Guyon's Ann., Juni 1895.)

In Folge von Onanie war ein Bleistift in die Blase eines 16jährigen Mädchens geglitten. Die Extraction wurde in folgender Weise vollzogen: Mittelst Pincette wurde der Bleistift so quergestellt, daß er die Vesico-Vaginal-Scheidewand vorwölbte. Durch einen kleinen Einschnitt in letztere wurde erst die eine, dann die andere Längshälfte des auseinandergeleimten Bleistiftes entfernt. Die Wunde wurde vernäht und nunmehr erfolgte schnelle Heilung ohne Fistelbildung.

Bazy und Chevereau: **Un cas d'epithélioma primitif de l'urèthre; emasculation totale; cystite interstitielle; méat hypogastrique.** (Gazette des hôpitaux, 25. Juli 1895. — Guyon's Annalen, Dec. 1895.)

Ein 62jähriger Indianer, der in der Jugend mehrfach Tripper und Malaria überstanden hatte, 1886 wegen Harnbeschwerden sondirt worden war und schon mehrfach Fausses routes acquirirt hatte, erkrankte 1894 an

einer Schwellung an der Peniswurzel, später Fistel an dem Uebergang der Pars pendula in die Pars scrotalis manus, später entwickelte sich noch eine zweite Scrotalfistel. Seitdem Schmerzen und häufiger Harndrang, alle 20 bis 30 Minuten. Die Untersuchung ergab: schlechtes Allgemeinbefinden. Penis an der Wurzel verdickt, die zwei Fisteln mit Granulationen bedeckt, ihre Umgebung stark verdickt. — Katheterismus unmöglich. Urin trübe, eitrig, heftiger Schmerz am Ende der Miction. Drüsen in der Leistengegend. Diagnose: Epitheliom der Harnröhre, secundäre Fisteln, Herzgeräusch statt des ersten Tons an der Basis cordis. — Operation am 3. Juli 1894. Hautschnitt elliptisch vom Arcus pubis bis zum Anus. Unterbindung der Samenstränge. In die Urethra eine Sonde eingeführt, an der Stricturstelle Harnröhre incidirt, die Wundlippen mit der Außenhaut vernäht, die übrige Wunde geschlossen. Dauersonde, Jodoformverband. Anatomische Diagnose: Epitheliom der Harnröhre und des Corpus cavernos. — Da gleichfalls Blasenatonie und Prostatahypertrophie vorlag, wurde nach Nutzlosigkeit der üblichen Therapie die Cystostomia superior gemacht am 10. September 1894. Juli 1895 ist Patient noch recidivfrei. — Primärer Harnkrebs kommt nach Albarran sehr selten vor. Er ist erst 8 Mal beobachtet, seitdem noch je 1 Mal von Rupprecht und Bazy. Der Fall ist interessant 1) durch seine Seltenheit, 2) durch die frühzeitige Diagnose, 3) durch die Erfolglosigkeit der doppelseitigen Castration auf die Atonie, 4) durch den relativen Erfolg der Cystostomie.

Lejars: **Du traitement opératoire des fistules recto-uréthrales.** Rapport par M. Th. Anger. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. XX, p. 603. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 10.)

Congenitale Mastdarm-Harnröhrenfistel bei einem 5jährigen Knaben, der gleich nach der Geburt wegen Imperforatio ani operirt war. Ein in die Harnröhre eingeführter Katheter gelangte in die Mastdarmampulle. L. spaltete den Damm quer vor dem After bis zum Fistelcanal, trennte die beiden Fistelöffnungen von einander und schloß jede für sich durch Naht. Ein Recidiv zwang zu noch zweimaliger Operation. Bei der letzten löste L. die vordere Wand um mehr als 1 cm bis über den oberen Fistelrand aus der Umgebung aus, nähte die Fisteln unter Einstülpung ihrer Ränder und tamponirte die Dammwunde. Diesmal glückte die völlige Heilung.

Im Anschluß an diesen Fall werden von Anger die verschiedenen Operationsmethoden der congenitalen und acquirirten Mastdarmharnröhrenfisteln kurz zusammengestellt. K.

VII. Prostata und Samenblasen.

Prostata.

Jos. Englisch: **Neue Methoden zur Behandlung der Prostata-Hypertrophie.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung v. 21. Dec. 1895. — Wien. klin. Woch. 1896, No. 4.)

Die operative Behandlung der Prostata-Hypertrophie hat in den letzten Jahren verschiedene Phasen durchgemacht; ursprünglich waren Operationen angegeben, welche direct zur Entfernung eines Teiles oder der ganzen Drüse dienen sollten. Die große Gefahr, welche mit diesen Eingriffen verbunden ist, brachte es mit sich, daß sie nur in einer ganz geringen Zahl von Fällen ausgeführt wurden. Weiterhin wurde in der Annahme einer Analogie zwischen den Uterus-Myomen und der Prostata-Hypertrophie und auf Grund der Erfahrung der Rückbildung der Uterus-Myome nach Unterbindung der Uterus-Gefäße von Bier die doppelseitige Unterbindung der A. iliac. int. gegen die Prostata-Hypertrophie angegeben und empfohlen. Er selbst giebt günstige Resultate an. Aber die Operation ist sehr schwierig und in den bisher so operirten Fällen sind so viele Nachtheile hervorgetreten, daß die Methode nur selten noch ausgeführt wird.

Die in den letzten Jahren besonders in Aufnahme gekommene Behandlung der Prostata-Hypertrophie vermittelst Castration ging von gewissen Beobachtungen aus, welche einen bestimmten Parallelismus in der Entwickelung der Hoden und Prostata zu beweisen schienen. Die Operation ist relativ gefahrlos, die Operirten können am dritten bis vierten Tage, oft schon am Tage nach der Operation das Bett verlassen, was bei den meist alten Patienten von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Die Grundlage dieser Therapie, die Wechselbeziehung zwischen Hoden und Prostata kann Englisch auf Grund eigener Erfahrung bestätigen. Er verfügt über 1282 Beobachtungen, in denen über die Verhältnisse der Prostata und des Hodens genaue Aufzeichnungen gemacht sind. Von Knaben zwischen 10—15 Jahren wurden 60 Fälle untersucht. Im Großen und Ganzen ergiebt die Betrachtung dieser Altersklasse, daß auch die Prostata ebenso wie die Hoden in diesem Alter im Allgemeinen noch nicht völlig entwickelt ist. Die zweite Klasse bilden 280 Individuen von 16—20 Jahren. Es zeigte sich, daß in diesem Alter die Entwickelung der Geschlechtsorgane gleichmäßig fortschreitet, die Testikel aber der Entwickelung

der Prostata vorauseilen. An Männern zwischen 21—25 Jahren wurden 237 Beobachtungen gemacht. Die Prostata ist in diesem Alter bereits nachgekommen, und das frühere Verhältnis, bei welchem der Testikel in der Entwickelung überwog, ist vollkommen ausgeglichen. In den folgenden Altersklassen bleibt sich das Verhältnis ziemlich gleich und ändert sich wiederum im höheren Alter, d. h. schon in den 50er Jahren, derart, daß nun die Prostata in ihrer Größe und Entwickelung den Testikeln gegenüber überwiegt.

Er ergiebt sich aus dieser umfangreichen Statistik im Großen und Ganzen, daß zwischen den Testikeln und der Prostata eine gewisse Beziehung besteht, und es zeigt sich ferner, was bisher noch nicht ziffernmäßig nachgewiesen, daß die Entwickelung der Prostata mit der Pubertät beginnt, aber erst mit ca. 20 Jahren ganz vollendet ist. Noch deutlicher tritt der Parallelismus zwischen Prostata und Hoden an solchen Fällen hervor, bei welchen ein dauerndes Zurückbleiben beider Organe vorhanden ist, wie sich in 44 Fällen aus der Beobachtung des Autors zeigte. Auch sonst ist in der Literatur angegeben, daß bei auffallend kleinen Hoden auch minimale Drüsen oder vollständiges Fehlen der Prostata vorkommt. Bei einseitiger Verkümmerung der Hoden ist das Verhältnis zur Entwickelung der Prostata kein sicheres. Einen wichtigen Aufschluß würde weiterhin das Studium der Defecte geben, d. h. der Nachweis oder die Beobachtung, daß bei Fehlen der Testikel auch die Prostata fehlt. Nur in einer ganz geringen Anzahl von Fällen in der Literatur findet sich in der That die Angabe, daß bei Fehlen der Hoden auch die Prostata gefehlt habe. Endlich wird die Annahme gewisser Beziehungen zwischen Testikeln und Prostata gestützt durch die Untersuchungs-Ergebnisse an Eunuchen, welche von Lienhart angeregt wurden, und bei den Scopzen. Bei beiden wurde die Prostata auffallend klein gefunden. Schließlich ist man der Frage auch durch experimentelle Untersuchungen näher getreten. Die Versuche sind alle am Hunde gemacht worden, weil nach den Angaben der Tierärzte die Prostata des Hundes sowohl in der normalen, als auch in der hypertrophischen Form der des Menschen am ähnlichsten ist. Lenoir war der erste, der in den Jahren 1882—1885 solche Versuche beim Hunde machte, die dann 1893 von Wight wiederholt wurden. Die Experimente ergaben übereinstimmend, daß die Prostata, wenn die Castration an jungen Tieren vorgenommen wird, auf derjenigen Stufe der Entwickelung stehen bleibt, auf welcher sie zur Zeit der Castration war: bei vollständig ausgewachsenen Individuen dagegen tritt Schwund der Prostata ein, und zwar schwindet zuerst das Drüsengewebe, dann das Muskelsubstrat.

Alle diese Beobachtungen und Erfahrungen haben nun die neue Operationsbasis zur Behandlung der Prostata-Hypertrophie geschaffen. Die erste Castration zur Heilung der Prostata-Hypertrophie wurde von Ramm ausgeführt, der dann bald eine zweite, und bald darauf die dritte, von Wight gemachte folgte. In seiner letzten Mitteilung kann Wight schon 111 Fälle von Castration zusammenstellen. Zur Kritik des Verfahrens stehen unter Ausscheidung einer Anzahl von Wight'schen Fällen dem Vortragenden insgesamt 102 Fälle zur Verfügung. Zu beachten ist, daß der Effect der Operation nicht nur an ihrem Einfluße auf die Größe der Prostata zu messen, sondern daß auch der Einfluß auf die consecutiven Veränderungen zu berücksichtigten ist. In 68 Fällen ließ sich eine Verkleinerung der Prostata, sowie eine Verringerung des Harndranges, der Cystitis u. s. w. constatiren, in 32 Fällen findet sich eine geringe oder gar keine Veränderung der Prostata, wohl aber eine Besserung der Begleiterscheinungen, so daß man sagen kann, daß in 100 von 102 Fällen die Operation von Erfolg begleitet war. (Dies gilt für die erste Zeit nach der Operation). — Was die Dauererfolge anbetrifft, so stellt sich das Verhältnis allerdings anders. Teilt man die Fälle in geheilte, gebesserte und ungeheilte ein, so zeigt sich, daß eine relativ dauernde Heilung in 39 Fällen, eine Besserung in 57 Fällen erzielt wurde. Die Operationsmethode der doppelseitigen Castration hat also bisher wenigstens Resultate gefördert, welche sehr zu Gunsten des Verfahrens sprechen. Dazu kommt, daß nicht ein Fall vorliegt, bei welchem Complicationen von der Wunde aus hinzugetreten wären. Die nach der Operation vorgekommenen Todesfälle stehen außer jeder Beziehung zu derselben, endlich ist die Operation an sich leicht ausführbar und jedem zugänglich.

Trotz der günstigen Erfolge giebt es noch immer Leute, welche die doppelseitige Castration nicht zugeben. Man entschloß sich daher zur einseitigen Operation, gestützt auf:

1) Bei einseitigem Fehlen des Hodens fand man Fehlen des entsprechenden Drüsenlappens (Potington, Le Dentu).

2) Einseitige Kleinheit mit Kleinheit des gleichseitigen Lappens (Besauçon, Lannois, Dubuc, Godard, Baldwin und 5 eigene Beobachtungen). Mangelhafte Entwickelung der Vorsteherdrüse hängt bei Kleinheit der Hoden von der atrophischen Beschaffenheit dieser ab. Functioniren kleine Hoden normal, so ist die Vorsteherdrüse normal (eigene Beobachtungen).

3) Wenn aus anderen Gründen die einseitige Castration vorgenommen war (Remondino zwei Fälle mit gleichzeitiger Hypertrophie der Vorsteherdrüse, Fulton, Gravis, Haynes, Fenwick), erfolgte

hinderung dieses Vorbeilaufens die Urethralöffnung um die Spitze fest zuzudrücken. Infolge der ballonartigen Ausbuchtung der Spritze wird ferner verhindert, daß die Injectionsflüssigkeit, wie bei der gewöhnlichen Spritze, mit großem Druck injicirt und dadurch die Urethra plötzlich ausgedehnt und gereizt wird. Lw.

Trekaki: **Remarques sur le traitement de la blennorrhagie chronique.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Die Hauptindication in der Behandlung der acuten Gonorrhoe, die Vernichtung der Mikroben des Trippers, tritt im chronischen Stadium der Affection zurück gegenüber der hier hauptsächlich zu lösenden Aufgabe, die anatomischen Läsionen des Leidens wirksam zu beeinflussen. Klinisch äußert sich der Heileffect einer Höllensteininstillation, die zumeist in chronischen Fällen in Anwendung kommt, in dem Auftreten der entzündlichen, mit eitrigem Ausfluß einhergehenden Reaction. Zu dem Zwecke injicirt T. eine 1proc. $AgNO_3$-Lösung und in der zweiten Sitzung je nach der geringeren oder stärkeren Entwicklung der sich anschließenden Reaction eine stärkere oder schwächere Höllensteinlösung. Ueber 4—5proc. Lösungen geht T. gewöhnlich nicht hinaus. — Bei diesem Verfahren soll nach 15 Instillationen in der Regel die Secretion verschwinden. — Die Heilung des Catarrhs ist dann erfolgt, wenn trotz der Instillation keine Eiterung erfolgt und auch in den Urethralfäden keine Eiterkörperchen vorhanden sind. Nunmehr wird erst nach 8 Tagen eine weitere Instillation gemacht. Bleibt auch diese ohne Reaction, so wird die Behandlung ausgesetzt. Im andern Falle wird die Concentration der Lösungen noch weiter gesteigert. — In dieser Weise wird sowohl die Urethritis anterior wie die U. posterior behandelt. — Die Methode versagt in allen Fällen, in welchen sogenannte „Brides" oder Infiltrate der Schleimhaut nachweisbar sind.

L.

Verhoogen: **Le traitement de l'urethrite chronique par les dilatateurs d'Oberländer.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Die Wirksamkeit der einfachen Injectionen und Instillationen bei chronischer Gonorrhoe scheitert an den Infiltraten (weiten Stricturen). Zur Beseitigung dieser letzteren genügen nicht die cylindrischen Sonden, da die Harnröhre kein cylindrisches, sondern aus mehreren Spindeln zusammengesetztes Lumen besitzt. Dasselbe genügend zu dehnen, bezwecken die verschiedenen von Otis, Planner und Oberländer construirten Dilatatoren. Nach genauer Beschreibung dieser Instrumente werden die bekannten Vorzüge eingehend erörtert, gewarnt wird davor, sie bei acuten Entzündungszuständen, sowie bei Prostatahypertrophie anzuwenden. — Es folgt eine genaue Beschreibung der bei der Dehnungsmethode anzuwendenden Technik, welche nichts Neues bringt. L.

4 Unterbindungen des Plexus pampiniformis mit geringen Ernährungsstörungen am Hoden.

2 Unterbindungen der A. deferentialis ohne Nachteil,

4 Unterbindungen der A. spermatica int. und eines Teiles der Gefäße der Samenstränge mit hämorrhagischem Infarct des Hodens und Atrophie.

Griffith bestätigte diese Experimente und die Erfahrungen Bardenheuer's. Bisher war auf die Prostata keine Rücksicht genommen worden.

5) Tierexperimente mit Rücksicht auf die Vorsteherdrüse.

Pavone: einseitige Castration hatte Atrophie des entgegengesetzten Lappens, doppelseitige Castration oder beiderseitige Unterbindung des Vas deferens oder Excision Atrophie der Prostata zur Folge.

White und Wood und Kirby bestätigten durch doppelseitige Ligatur des Vas deferens die Untersuchungen Curling's und ergaben die Untersuchungen, daß ein constanter Gewichtsverlust der Prostata nachgewiesen werden konnte, selbst schon nach 8—10 Tagen. Bei Tieren, die nach 52 Tagen getötet wurden, ergaben alle Sectionen atrophische Veränderungen der Prostata, wie wenn die doppelseitige Castration gemacht worden wäre.

Infolge Weigerung seitens der Kranken wurden die Operationen am Vas deferens ausgeführt.

Harrison übte die subcutane Incision des Vas deferens in mehreren Fällen. Isnardi und Stafford durchschnitten das bloßgelegte Organ. Dittel erwähnt, daß er einen Fall in ähnlicher Weise operirt habe.

Englisch operirte einen 65jährigen Mann, der seit sieben Jahren an Harnbeschwerden litt: Bloßlegung der beiderseitigen Vasa deferentia, Durchtrennung eines 2 cm langen Stückes mittelst Thermocauter, Naht, anhaltender Erfolg, bedeutende Verkleinerung der Prostata.

Die bisher mitgeteilten Fälle lauten für diese Operation günstig. Unterbindung des ganzen Samenstranges, der Gefäße desselben allein führt zur Gangrän des Hodens, ist also gefährlicher als die Doppelcastration. Unterbindung der A. deferentialis, Durchschneidung der Nerven ist ohne Einfluß, können daher bei der Behandlung der Prostata-Hypertrophie nicht in Betracht kommen.

Aus den vorliegenden Thatsachen geht hervor: doppelseitige Castration, doppelseitige Unterbindung der Vasa deferentia bedingen Verkleinerung der Prostata und Nachlaß der Begleiterscheinungen oder wenigstens letzteres in allen Fällen; einseitige Castration meist, aber nicht sicher.

Die von Englisch angestellten Fütterungsversuche mit den Freund-

schen Prostatapastillen von jungen Stieren (beginnend mit 2 Stück pro die, wöchentlich um 2 Stück steigend bis höchstens 8 Pastillen) ergaben: 1 Fall ohne Erfolg (80j. Pat.); 1 Fall Abnahme des Sediments, leichteres Harnlassen und Abnahme der Häufigkeit des Harndranges: 1 Fall Abnahme des Brennens beim Harnlassen und besonders der Zahl der Harnentleerungen, so daß der Kranke 5–8 Stunden ununterbrochen Schlaf genießt (200 Pastillen); 1 Fall ohne wesentliche Aenderung (Hypertrophie mit acuter Nephritis und Vermutung auf Stein, läßt die Blase nicht untersuchen); 1 Fall mit Lithotripsie ohne Erfolg; 2 weitere Fälle noch zu kurz in Behandlung. In 2 Fällen konnte eine Verkleinerung der Prostata wahrgenommen werden, in einem 3. Falle ein Weicherwerden.

Die Resultate sind noch zu wenig auffallend und wird in allen Fällen die Behandlung fortgesetzt. Der Erfolg besteht bis jetzt in Abnahme der Harnentleerungen, besonders am Tage, in Abnahme des Sedimentes und Eiweißes, Erleichterung der Harnentleerung.

Aus dem Vorliegenden ergeben sich folgende Anzeigen:

1) bei geringen Beschwerden ohne Residualharn die palliative Behandlung; Versuch der Fütterung;

2) bei geringem Residualharn und geringen Beschwerden die regelmäßige Entleerung des Harns und palliative Behandlung, solange der Harn normal bleibt; Versuch der Fütterung;

3) Residualharn bei zersetztem Harne, heftigen Beschwerden, doppelseitige Unterbindung der Vasa deferentia, Excision derselben oder doppelseitige Castration.

4) Epicystotomie mit Abtragen des mittleren Lappens. Endresultat abhängig von der Beschaffenheit der oberen Harnwege. Je weiter die Erkrankungen dieser vorgeschritten, um so geringer wird der Einfluß der Operationen auf die Begleiterscheinungen sein.

In der Discussion bemerkt v. Frisch, daß Guyon und dessen Schüler wiederholt die Resection des Vas deferens ausgeführt haben und betonen, daß dieselbe in ihrem Effect gegen die doppelseitige Castration zurückstehe. Jüngst habe Helferich (Greifswald) über 10 Fälle von Resectionen des Vas deferens berichtet.

v. Dittel bemerkt, daß die Resection des Vas deferens an und für sich ein sehr einfacher Eingriff sei, den jeder Chirurg nach seiner Weise unternimmt. Von besonderen Operationsmethoden dürfe man also nicht sprechen. Daß die Erectionsfähigkeit nach Castration erhalten bleibe, ist längst bekannt, und die Orientalen üben bei ihren Eunuchen aus diesem Grunde auch die Amputatio penis aus. Was die Ejaculation betreffe, so könne dieselbe wohl nur aus Schleim bestehen.

Uebrigens hält auch die Erectionsfähigkeit nicht lange an, und man müsse in dem Vas deferens nicht nur ein Leitungsrohr, sondern ein functionelles Attribut des Sexualorganes erblicken. Einen Stillstand der Tuberculose der Prostata durch Resection der Nebenhoden konnte D. nie beobachten.

Englisch weist auf Bardenheuer hin, der an 34 Individuen mit Tuberculose des Hodens die Resection des Vas deferens ausgeführt hat zu dem Zwecke, um das Fortschreiten der Tuberculose auf die Prostata zu verhindern. Die meisten Fälle gelangen, nur müsse rechtzeitig operirt werden.

v. Dittel hält einen Erfolg nur dann für denkbar, wenn etwa ein begrenzter Knoten im Nebenhoden bestünde und das Vas deferens vollständig frei wäre.

Englisch will nur bemerkt haben, daß trotz der Resection der Epididymis und des Vas deferens die Hoden nicht atrophiren, während er auf die Verhütung der Tuberculose nur im Vorbeigehen hingewiesen haben wolle.

v. Frisch hebt demgegenüber hervor, daß Englisch gelegentlich seines ersten Vortrages erwähnt habe, daß es ihm gelungen sei, eine schon bestehende Tuberculose der Prostata durch Resection des tuberculösen Nebenhodens zum Stillstand zu bringen, eine Angabe, deren Richtigkeit mit Entschiedenheit bezweifelt werden müsse.

Englisch beharrt auf der Richtigkeit seiner Beobachtung und verspricht, demnächst die bezüglichen Krankengeschichten zu publiciren.

Kramm.

Vautrin: **Du traitement moderne de l'hypertrophie prostatique.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Die Prostatahypertrophie wird gegenwärtig mittelst palliativer (Electrolyse und Punction, Sectio alta) und curativer Methoden behandelt (Prostata-Operationen, sowie doppelseitige Castration). — Von diesen Methoden leistet die Electrolyse der Prostata (Electropunctur nach Casper oder Electrolyse mittelst Oliven nach Newman u. A.) im Anfangsstadium des Leidens Vorzügliches, wenn es noch nicht zur Degeneration der glatten Musculatur gekommen ist. Besonders wirksam scheint der negative Pol zu sein. — Andererseits mißlingt die Methode in anderen Fällen, wovon sich auch Verf. gelegentlich überzeugen konnte. — In Fällen, in welchen es sich um acute Urinretention handelt, bleibt zuweilen, falls der Katheterismus unmöglich wird, nur die Punction der Blase übrig. Dieselbe ist jedoch keineswegs frei von Gefahren, führt vielmehr zuweilen zur Harninfiltration, besonders wenn

sie häufiger bei einem Patienten ausgeführt werden muß. Außerdem kann, wenn die Peritonealumschlagsstelle besonders tief liegt, dieselbe trotz der ausgedehnten Blase vom Troikart getroffen werden und zum Durchtritt von Harn aus der sich wieder anfüllenden schlaffen Blase führen, so daß, wie in einem Falle V.'s, die Laparotomie nötig wird. Wie die Untersuchungen von Dittel, Fehleisen, Deneffe und Lalusque gelehrt haben, wird die Gefährlichkeit der hohen Punction auch dann nicht vermindert, wenn nach dem Vorgange Mery's nach derselben eine elastische oder metallische Canüle durch die Punctionsöffnung in die Blase behufs regelmäßiger Entleerung der Blase und Auswaschung derselben eingeführt wird. — Vermindert wird diese Gefahr, wenn man von vornherein die Sectio alta ausführt und im Anschluß daran eine künstliche Blasenbauchfistel anlegt (Thompson, Rolmer, Boeckel, Poncet). Trotzdem es indessen gelingt, zuweilen einen bei relativ leerer Blase sicheren Verschluß der Bauchfistel herzustellen, ist in der Regel diese viele Unbequemlichkeiten für den Patienten in sich schließende Methode nur für den äußersten Notfall (inoperable Fälle mit Cystite douloureuse) aufzusparen. Außerdem kommt die Operation in Frage in den Fällen, in welchen gleichzeitig Neigung zur Steinbildung besteht. — Dieselben Indicationen und Contraindicationen wie die Cystotomie hat auch die Sectio perinealis. — Von den curativen Methoden hat die doppelseitige Castration die meiste Bedeutung. Nach kurzer historischer Uebersicht berichtet V. über einen von ihm selbst operirten Patienten von 76 Jahren, bei dem die vorher complete Retention sich 5 Tage nach der Operation legte. Gegenwärtig, 7 Monate nach der Operation, wird die Blase vollständig entleert. — Nichtsdestoweniger glaubt V., daß ein Erfolg nicht in allen Fällen zu verbürgen und vielfach von dem Umfang und der Art der pathologischen Veränderungen bei der Prostatahypertrophie abhängig sei. Indicationen in dieser Beziehung fehlen zur Zeit noch ganz. — Erschwert wird der Entschluß des Arztes zur Castration durch den Widerwillen, mit dem sich selbst Greise zu der Operation entschließen. Diese Thatsache hat Anlaß gegeben, die Resection der Vasa deferentia an Stelle der Castration vorzunehmen. In 2 Fällen, in welchen sie wegen Verweigerung der Castration ausgeführt wurde, war das Ergebnis ein vollständig zufriedenstellendes: 8 resp. 10 Tage post operationem trat vollständige Fähigkeit, die Blase zu entleeren, ein. — Verf. empfiehlt daher diese Operation, die keinen Verlust der Fähigkeit, den Coitus zu vollziehen, zur Folge hat und außerdem sehr leicht und gefahrlos ist, auf's Dringendste. — Bezüglich der eigentlichen Prostata-Operationen steht dem Verf. nur eine eigene Beobachtung zur

Verfügung, in der ein voller Erfolg erzielt wurde. Die Statistiken von Vignard und Vautrin gestatten in dieser Beziehung keine sicheren Schlüsse, da bei ihnen die Operation nur als ultimum refugium gemacht wurde. Immerhin sind die Operationsresultate, sofern man dies berücksichtigt, noch gut zu nennen. Verf. schließt Folgendes:

1) Im Anfangsstadium der P. H. kann die Electrolyse der Prostata u. U. zum Erfolge führen.

2) In späteren Stadien des Leidens ist zuweilen Perinealschnitt und Cystotomie indicirt.

3) Als Methode der Wahl kommen, weil relativ wirksam und ungefährlich, in Betracht die doppelseitige Castration und Resection der Samenstränge.

4) Ausnahmsweise kommen, zumal für besondere Fälle, die Prostatotomie und Prostatectomie in Betracht. Lohnstein.

Dr. Nienhaus: **Zur Frage der Prostatectomie.** (Aus der Baseler chirurgischen Klinik des Prof. Socin. — Beiträge zur klinischen Chirurgie 1895, Bd. XIV, S. 418.)

Die Fortschritte der modernen Chirurgie sind verhältnismäßig spät der Prostatahypertrophie zu gute gekommen. Dies wird wohl hauptsächlich dadurch bedingt sein, daß man bei dieser Krankheit überhaupt selten zur chirurgischen Behandlung greift: Einmal verursacht die Vergrößerung der Prostata in vielen Fällen bekanntlich keine auffallenden Erscheinungen; trotz des durch die Vergrößerung der Prostata bewirkten Hindernisses vollzieht sich die Harnentleerung längere Zeit in anscheinend normaler Weise dank der compensatorischen Vergrößerung der Blasenwand, und so werden derartige Zustände öfters erst auf dem Sectionstisch aufgedeckt. Führen aber den Patienten leichtere Beschwerden zum Arzte, so begnügt sich letzterer gewöhnlich mit einer diätetischen Behandlung, oft genug ohne die Harnorgane genau untersucht zu haben. Zu einer örtlichen Behandung entschließt er sich erst, wenn es zu acuter oder chronischer completer oder incompleter Harnverhaltung kommt. Aber auch dann geht die ärztliche Behandlung zunächst blos darauf hinaus, dem Patienten Linderung seiner Qualen zu verschaffen, nur in den äußersten Fällen, in denen sämtliche symptomatische Behandlungsmethoden im Stich lassen und dem Patienten directe Lebensgefahr droht, sucht man durch radicale Behandlung dem Uebel beizukommen. Kein Wunder also, daß es längerer Zeit bedurft hatte, bis zweckmäßige Methoden der chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie ausgearbeitet wurden.

Was die Methoden überhaupt betrifft, welche von den verschiede-

nen Autoren zur Behandlung der Prostatahypertrophie vorgeschlagen worden sind, so lassen sie sich in zwei Hauptgruppen einteilen: in die unblutigen und die blutigen Behandlungsmethoden.

Zu der ersten Gruppe gehören: systematische Catheterisation und vom Mastdarm aus ausgeführte Einspritzungen von Jodtinctur in das Parenchym der vergrößerten Prostata. Diese Methoden bringen jedoch sogar im günstigsten Falle nur vorübergehende Heilung, während sie sonst problematisch und teilweise mit ernsten Gefahren verbunden sind. Im ersten Falle bleiben die Prostatiker, wenn sie durch nachträglichen radicalen Eingriff nicht erlöst werden, meist bis zu ihrem Lebensende an den Gebrauch des Katheters angewiesen, während die von v. Dittel. Süßkind vorgeschlagenen Jodinjectionen mehrfach acute Entzündungen und Abscesse in der Prostata und dem periprostatischen Gewebe verursachen. — Zu der zweiten Gruppe gehören: die suprapubische Blasenpunction und die Prostateetomie in ihren verschiedenen Modificationen. Die suprapubische Cystotomie, welche schon 1851 von Rousset ausgeführt wurde, blieb längere Zeit nur ein in extremen Fällen benutztes Mittel, bis vor wenigen Jahren Poncet in Lyon diese Operation unter dem Namen „Cystotomie suspubienne“ als normale Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie auf das wärmste empfohlen hat. Die Cystotomie fand seitdem häufigere Anwendung, so daß Lagoutte, ein Schüler Poncet's in seiner Dissertation bereits 63 Fälle von Cystotomie bei Prostatahypertrophie mit teilweise sehr günstigen Resultaten zusammenstellen konnte. Von 34 Patienten, die sich längere Zeit nach der Operation unter Beobachtung befanden, wurde bei 12 vollkommene Schließung der suprapubischen Wunde und Herstellung der normalen Blasenfunctionen, bei 22 eine bleibende Fistel als „künstliche Harnröhre“ constatirt. Von den letzteren Patienten waren 7 im Stande, ihren Urin vollständig zu halten und nach Belieben willkürlich zu entleeren, die übrigen litten an Incontinenz verschiedenen Grades und konnten sich vor Durchnässung nur durch Tragen von Harnrecipienten mehr oder weniger vollkommen schützen.

Wenn demnach die Resultate der Poncet'schen Operation, die übrigens leicht und rasch ausführbar ist und eine gründliche Desinfection der bereits inficirten Blase ermöglicht, auch sehr bemerkenswert sind, so kann doch dieses Verfahren nur als palliative Hilfe angesehen werden. Eine radicale Heilung kann man nur von der sogen. Prostatectomie, d. h. von der Excision eines Teils der Prostata erwarten. Es existiren 2 verschiedene Modificationen dieser Operation: 1) Prostatectomia suprapubica und 2) Prostatectomia perinealis.

Die suprapubische Prostatectomie, die in der Praxis häufiger zur

Anwendung kam, wird am besten auf Trendelenburg'schem Tisch bei mäßig gefüllter Blase ausgeführt. Der erste Act besteht in der suprapubischen Cystotomie; in die Blase wird an ihrem Scheitel eine Oeffnung gemacht, groß genug, um den Zeigefinger durchzulassen. Hierauf sucht man, nach einem Schnitt durch die den Tumor bedeckenden Schleimhaut mit dem Finger möglichst viel von dem hypertrophischen Gewebe zu enucleiren. Bei härteren Tumoren, welche dem Finger widerstehen, ist die Herausnahme auch mit der Scheere, dem Löffel mit Thermo- oder Galvanokautor verschiedenerseits vorgenommen worden. Die Blutung wird gestillt durch heiße Blasenspülungen, durch Umstechung mit der Nadel oder durch Compression mit Jodoformgaze. Die Nachbehandlung besteht in Drainage durch die suprapubische Fistel.

Der Vorteil der suprapubischen Operation besteht darin, daß die Eröffnung der Blase von oben die genaue Orientirung über die Lage und Größe des zu entfernenden Hindernisses ermöglicht. Demgegenüber sind als Nachteile hervorzuheben, daß der prostatische Teil der Harnröhre bei dieser Operationsart nicht leicht zugänglich ist, daß ausgedehnte Excisionen und Enucleationen oft schwierig und mit gefährlichen Blutungen verbunden sind (zwei Patienten starben in Folge von Blutungen), ferner, daß offene Wundflächen in der Blase bleiben, die besonders bei Gegenwart eitriger Blasencatarrhe leicht zu schweren Infectionen führen können, endlich, daß schwer zu heilende Blasenfisteln zurückbleiben.

Die Prostatectomia perinealis, die zuerst 1834 von Guthrie empfohlen wurde, besteht darin, daß die Prostata vom Perineum aus entweder durch Eröffnung der Harnröhre oder unter Vermeidung einer urethralen Verletzung an ihrer hinteren Fläche bloßgelegt und angegriffen wird. Bei der ersten Methode wird der Hautschnitt in der Raphe perinei vorgenommen und darauf die Pars membranacea urethrae eröffnet; die Oeffnung in der Urethra wird nur so groß gemacht, daß die Kuppe des Zeigefingers eindringen kann. Der Finger bohrt sich stumpf bis in die Blase vor; dann wird die Prostata in ihrer Mittellinie eingeschnitten und die eventuell stark vorspringenden Teile derselben entfernt. Die Nachbehandlung besteht in längerer Drainage der Blase mit einer doppelten Kautschukcanüle.

Die Vorteile dieser Operation sind: die relative Geringfügigkeit der Eingriffe, schnelle Heilung; ihre Nachteile: das zu beschränkte Operationsfeld, welches die Entfernung der Geschwulst äußerst erschwert, und die auftretenden Recidive.

Zur Behebung der Uebelstände, die sich bei den geschilderten

Protojod-Pille à 5 cg und Jodkal. 5 g täglich bestand, unterworfen worden. Die Veränderungen an den Nebenhoden gingen danach fast vollkommen zurück — nur an der linken Seite ist noch eine ganz geringe Schwellung zu fühlen — jedoch sind nun vor Kurzem luetische Symptome an der Haut und im Munde, sowie eine Alopeiie aufgetreten. Die Diagnose hat sich damit vollkommen bestätigt, und zwar rechnet D. auch in Hinsicht auf die zuletzt hinzugetretenen Erscheinungen diesen Fall zu den schweren Formen der Syphilis.

M. E. Besnier richtet besonders an Jullien und Barthélemy die Frage, ob bei einer Injectionsbehandlung ein ebenso schnelles Recidiv der Hauterscheinungen eingetreten wäre. Nach seinen Beobachtungen scheint dies nicht der Fall zu sein.

Barthélemy hat zwar mit intramusculären Injectionen Heilung bei Fällen gesehen, welche den anderen Methoden trotzten, glaubt jedoch nicht behaupten zu können, dass sie jedes Recidiv unmöglich machten.

Jullien hält die Injectionen für ein besseres Schutzmittel gegen Recidive, als die anderen Behandlungsarten.

Besnier hat in einem Falle von Syphilis, welcher durch die anderen Behandlungsweisen nicht zu heilen war, durch Injectionen völliges Schwinden der Symptome und keine Recidive beobachtet.

Le Pileur hält diese ebenfalls für wirksamer, als die anderen Heilmethoden, jedoch ist man auch bei Ihnen in gewissen Fällen vor Mißerfolgen nicht sicher.

Darier will den Patienten nunmehr mit Injectionen behandeln.

Arnheim.

Danlos: **In der Kindheit erworbene Syphilis mutilans.**
(Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

Danlos stellt vor der „Soc. de derm. et de syph.“ einen 15jährigen Kranken vor, der im ersten Lebensjahre einen Schanker der Nasenscheidewand durch Infection von Seiten der als Amme angesteckten Mutter erworben hatte. Die Lues beider Eltern verlief unter Pillenbehandlung sehr leicht; Patient selbst wurde niemals einer specifischen Kur unterworfen. Er erkrankte vor zwei Jahren, als das Nasengerüst, das jetzt vollkommen fehlt, einzusinken begann. Patient bietet den Anblick eines Sechsjährigen, die Haare an den Pubes und in der Achsel fehlen, auf dem Kopf trockene Seborrhoe mit spärlichen Haaren. Im mittleren Drittel der Fibula, am Condylus internus femoris und Epicondylus humeri links, sowie am unteren Ende des rechten Radius periostitische Verdickungen.

Alte Narben über der rechten Clavicula.

Die rechten Augenlider sind vollkommen zerstört, die rechte Wange

für kurze Zeit Retroperinealfistel auf. Die lästigen Nebenverletzungen, die den Erfolg der Operation bedeutend beeinträchtigen, ließen sich vielleicht vermeiden, wenn die Patienten in einem Stadium zur Operation kämen, in welchem der Prostatatumor noch nicht mit dem ihn umgebenden Gewebe verwachsen ist, und so eine Differenzirung der verschiedenen Gewebe fast unmöglich wird.

Eine größere Blutung ist in keinem Fall eingetreten. Einen primären Schluß der Wundhöhle herbeizuführen ist nie versucht worden, da die immerhin sehr tiefe Wundhöhle leicht Anlaß zu Secretverhaltungen geben könnte.

Im Ganzen sind die bisher durch Prostatectomia lateralis erzielten Resultate nicht gerade glänzende, doch ist zu berücksichtigen, daß die Operation meist in extremen Fällen vorgenommen wurde. — Die Operation ist indicirt, wenn die Behinderung des Urinabflusses durch vergrößerte Seitenlappen der Prostata oder durch die gleichmäßig allgemeine Hypertrophie derselben bedingt ist. Bei mehr oder weniger gestieltem mittleren Lappen ist die Cystotomia suprapubica und Exstirpation des Tumors vom Blaseninneren aus angezeigt.

Es ist noch hervorzuheben, daß die Prostatectomia lateralis rechtzeitig gemacht werden muß, bevor die Blasenschleimhaut der Sitz tiefgreifender catarrhalisch-entzündlicher Processe geworden und bevor der Tonus der Blasenmuskulatur vollständig verschwunden ist.

Casper.

Littlewood: **Ein Fall von Prostatectomie suprapubica mit Stillung einer Blasenblutung durch Tamponade der Blase.** (The Lancet, 4. Januar 1896.)

Ein 69jähriger Mann litt an Urinretention infolge Prostatahypertrophie. Die Einführung des Katheters verursachte große Schmerzen. Man beschloß, die Exstirpation der Prostata von der Blase aus vorzunehmen (Gill'sche Methode). Die Blase wurde in der Regio suprapubica geöffnet und an die Bauchwand mit einigen Seidennähten fixirt. Bei der Untersuchung mit dem Finger fand man den mittleren Prostatalappen weit in die Blase hineinragend. Die Blase wurde an dieser Stelle mit der Scheere in etwa 1 Zoll Ausdehnung geöffnet und vom Prostatagewebe etwa 33 g entfernt. Da die Blutung ziemlich erheblich war und durch Auswaschung der Blase mit heißer Borsäurelösung nicht gestillt werden konnte, so wurde die Blase mit einer Rolle Jodoformgaze ausgestopft und etwa $1^1/_2$ Zoll des letzten Endes derselben zur Wunde hinausgeführt, das als Drain für den Urin dienen sollte. Die Blutung stand hierauf und es wurde nunmehr die Wunde um den Gazestreifen-Drain geschlossen. Derselbe functionirte als Ableiter für

den Urin tadellos. Nach 36 Stunden wurde der Gazetampon, der mit Urin vollständig durchtränkt war, entfernt und ein langes Drainagerohr in die Wunde eingelegt. Eine Blutung trat nicht mehr ein. Nach 3 Tagen wurde das Drainrohr und nach weiteren 5 Tagen die Blasennähte entfernt. 8 Tage lang floß der im Uebrigen völlig normale Urin noch durch die Blasenwunde ab. Dann erfolgte die Urinentleerung immer häufiger per urethram. Nach 3 Tagen geschah sie ausschließlich auf diesem Wege, indem nunmehr die Blasenwunde vollständig geheilt war. Als L. den Mann 4 Wochen später zu Gesicht bekam, befand er sich vollkommen wohl, hatte an Gewicht zugenommen und konnte ohne Beschwerden den Urin lassen, wozu er während des Tages alle 3—4 Stunden und in der Nacht 1—2 Mal das Bedürfniß fühlte. Verf. empfiehlt für ähnliche Fälle die Tamponade der Blase als ein ausgezeichnetes Blutstillungsmittel und zugleich zuverlässigste Ableitung für den Urin, wodurch jede Zersetzung des letzteren mit Sicherheit vermieden wird. Lw.

Albarran: **Zur Frage der Castration bei Prostatahypertrophie.** IX. franz. Chirurgen-Congress, 21.—26. Oct. 1895. (Guyon's Annalen, Decbr. 1895.)

I. Wirkungen der Castration auf die Größe der Prostata.

Bekanntlich tritt beim Hunde Prostataatrophie der vorher normalen Prostata nach der Castration ein. Ihr Umfang ist nach Verf. weniger nach dem absoluten Gewichtsverlust des Organs, der relativ wechselt, als vielmehr nach den histologischen Veränderungen zu beurteilen. Letztere sind zuerst, besonders einen Monat nach erfolgter Operation, sehr intensiv. Man sieht, wie die in der Norm gegen einander sich drängenden Drüsenschläuche und -Körper getrennt sind durch breite Massen von Bindegewebe: Proliferation des Stroma und Muskelgewebes jedoch hat Verf. niemals beobachtet. Innerhalb der Drüsenkörper Ansammlung von Epithelienzellen. Verkleinerung der hypertrophirten Prostata unter analogen Verhältnissen wird nur verständlich, wenn man die Prostatahypertrophie selbst als hypertrophische Cirrhose glandulären Ursprungs auffassen darf. Leider fehlt, abgesehen von den nichts beweisenden Präparaten von White und Griffiths, jede histologische Unterlage. — Klinische Beobachtungen bieten schon mehr Anhaltspunkte. Atrophie, so stark, daß die Prostata vom Rectum aus nicht mehr fühlbar war, wurde in Beobachtungen von Horwitz (47 Tage post operationem), Ramm (1 Jahr), Bryson (4 Monate), Timery (5 Wochen) und von Verf. selbst (3 Monate) constatirt. Zuweilen ist indessen noch 3—4 Monate post operationem keine Verkleinerung nach-

zuweisen. Noch früher tritt eine deutliche Abschwellung des vorher congestionirten Organs, zuweilen schon am Tage nach der Operation, ein.

II. Wirkung der Castration auf die Blasencontractilität.

Hand in Hand mit der Abschwellung der Prostata geht die Zunahme der Contractilität der Blase, und zwar bis zu dem Grade, daß trotz langjähriger Retentio urinae die Patienten wieder die Fähigkeit erlangen, den Urin spontan zu lassen, in einigen Fällen schon wenige Stunden nach der Castration. Die Zunahme der Contractilität äußert sich bei den Patienten, bei denen noch die Möglichkeit spontan zu uriniren vor der Operation bestand, durch das Wachsen der Intervalle zwischen den einzelnen Mictionen. (12 Mal bereits innerhalb der ersten beiden Tage, nur einmal nach 5 Wochen zuerst bemerkbar.) Ob hier Verschwinden der vorher bestandenen Cystitis oder der Symptome der Congestion Ursache sind, ist nicht ersichtlich. Bei Prostatikern mit acuter Retentio urinae wirkt wohl hauptsächlich die Abschwellung der Prostata und Blasenschleimhaut selbst. Indessen leistet hier die einfache Katheterisation zuweilen dasselbe. — Nur in einer der einschlägigen Beobachtungen wurde bereits 8 Stunden post operationem spontane Miction constatirt. — Bei Patienten mit chronischer completer Harnretention wird durch die Drüsenatrophie die der Blasenmusculatur zugemutete Arbeitsleistung geringer und dadurch die Contractilität der Blase größer, wie dies an einem Falle Verf.'s deutlich nachweisbar war. Unter 24 Beobachtungen von Retentio incompleta ohne Blasenatonie beobachtete man nach der Operation einen Todesfall, 5 Besserungen (1 Mal 5 Tage resp. 5 Wochen, 4 Mal 2—3 Monate nach der Operation), 5 Mal verschwand der Residualharn vollständig. In den übrigen Fällen wesentliche Besserung der Symptome ohne Nachricht über den Verlauf des Residualharns. — Bei Prostatikern mit chronischer completer Retentio urinae werden die meisten schnellen und gründlichen Heilungen beobachtet, die nur unter Ausschluß jeder Muskelsclerose verständlich sind. Verf. selbst beobachtete unter zwei Fällen einmal einen gänzlichen Mißerfolg, in dem andern einen eclatanten Erfolg, sowohl in Bezug auf die objectiven wie subjectiven Erscheinungen. Unter 21 vom Verf. gesammelten Beobachtungen: 7 Todesfälle, 4 Mißerfolge, 4 Besserungen in functioneller Hinsicht, 7 Besserungen, in welchen auch der Residualharn verschwand. Bei einigen Kranken trat bereits wenige Stunden post operationem Besserung ein. — Alles in Allem: Unter 135 Castrationen 22 Todesfälle. Letztere meist bei Patienten, die zur Zeit der Operation bereits verloren waren. Immerhin warnt A. vor der frühzeitigen Operation bei acuter Retentio urinae und rät

Zähnen werden nicht von allen Autoren als für Lues characteristisch anerkannt. Nach S. ist nur die Zahnbildung für congenitale Lues pathognomonisch, bei der sich an den oberen inneren Schneidezähnen eine halbmondförmige centrale Einkerbung findet; daneben bestehen feine, von oben nach unten verlaufende Längshügel, von Querhügeln unterbrochen, die vielfach erst mit der Lupe sichtbar sind.

Die vielfach als characteristisch für Lues angesehenen Narben an den Mundwinkeln können noch anderer Ursache ihre Entstehung verdanken; dagegen ist von S. eine Art von Narben, die strahlig von dem Mund aus auf Wange übergehend, den Muskelzügen folgend, beobachtet worden; bei diesen Bildungen wurde mikroskopisch immer ein Papillarkörper gesehen, so daß es sich hier nicht um echte Narben handelt, sondern wahrscheinlich um Einziehungen der Haut durch Muskelzug bewirkt. Ein Kranz von Narben um die Lippen in Verbindung mit diesen Furchen über das ganze Gesicht bilden ein pathognomonisches Zeichen der congenitalen Syphilis.

In der sich diesem Vortrage anschließenden Discussion betont Herr Busch, daß die syphilitischen Erosionen an den Zähnen nur schwer von den gewöhnlichen typischen zu unterscheiden seien, so daß ein solcher Befund nur eine gewisse Stütze für die Diagnose abgeben kann.

Herr Blaschko hält lineäre strahlige Narben um den Mund für ein ziemlich sicheres Zeichen der congenitalen Lues; es handle sich wirklich um Narben, da sie sich als feine weiße Linien auf den Lippensaum fortsetzen. In Betreff der Zahndeformitäten ist B. der Ansicht, daß die verschiedensten durch Lues bewirkt sein können, daß aber nur die halbmondförmige Ausschleifung der mittleren oberen Incisivi für die Diagnose verwertbar ist. Auch am Milchgebiß finden sich schon Veränderungen, es findet sich eine ausgeschliffene Fläche, nicht durch Caries bewirkt, sondern ganz glatt, oft bis zum Zahnfleisch abgeschliffen. Die Keratitis parenchymatosa ist nur in der Mehrzahl der Fälle auf Syphilis zurückzuführen, kann also auch noch andere Ursachen haben.

Herr G. Lewin hält Veränderungen an den Zähnen nicht für hereditäre Syphilis beweisend, sie seien nur als Fingerzeig anzusehen, um auf andere Zeichen von Lues zu fahnden. Die Narben um den Mund können keine echten Narben sein, da sie aus beweglichen Geschwüren hervorgehen müßten und da solche bei Syphilis nicht vorkommen. Sie können wohl auf Muskelzug zurückzuführen sein, doch könnte dies bei allen atrophischen Kindern mit geringem Panniculus adiposus der Fall sein. Die Keratitis parenchymatosa sei nur in 60 pCt. der Fälle

Kelsey: **Castration bei Prostatahypertrophie.** (N.-Y. Acad. of Medicine, Genito-Urinary Section, Sitzung v. 12. Febr. 1896. — Med. Record, 22. Februar 1896.)

Kelsey zeigte als Beitrag zur Frage der Castration bei Prostatahypertrophie die Prostata eines 69jährigen Mannes vor, bei dem man wegen Erscheinungen einer hochgradigen Prostatahypertrophie, die außerdem auch noch mit Hydrocele und Scrotalhernie complicirt war, die Castration ausgeführt hatte. Der Mann lebte dann noch 6 Wochen. Die Castration war in Bezug auf Besserung der Urinretention ohne Erfolg und sie hat auch keine Verkleinerung der Prostata erzeugt. Letztere wiegt fast 169 g. Die mikroskopische Untersuchung derselben zeigte keinerlei atrophische Veränderungen.

Lw.

Ewing Mears: **Ligature of the spermatic cord in the treatment of the hypertrophy of the prostate.** (The New-York medical journal, 16. Febr. 1895. — G. A., Jan. 1896.)

Neues bietet diese Arbeit, welche den Mechanismus der Wirksamkeit obiger Operation zu erläutern sucht, nicht.

L.

Brown: **Ein Fall von beiderseitiger Ligatur der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie.** (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 1896, Heft 1.)

Der 70jährige Patient, mit Gonorrhoe und vor 5 Jahren eingetretener, jedoch schnell durch Sitzbäder, Ruhe und regelmäßiges Katheterisiren beseitigter Harnretention in der Anamnese, kam in das Krankenhaus wegen eines erneuten Anfalls von vollständiger Urinverhaltung. Urinbeschaffenheit: sauere Reaction, geringe Eiweißspuren, etwas Eiter und schleimig-eitrige Fetzen, keine Cylinder. Die Rectaluntersuchung ergab symmetrische Vergrößerung der Prostata, die sich wie eine Billardkugel anfühlte. Behandlung: leichte Diät, Bettruhe und regelmäßiges Katheterisiren zunächst mittelst Katheter No. 15 und dann, nach vorheriger Incision des Harnröhreneingangs und der Fossa navicularis, mittelst Katheters No. 30. Da aber diese fast volle drei Wochen lang fortgesetzte Behandlung keine Spur von Besserung im Zustande des Patienten herbeiführte, so entschloß sich Verf., die beiderseitige Ligatur der Vasa deferentia unter localer Cocainanästhesie auszuführen. Die darauf folgenden nächsten 7 Tage verblieb der Pat. in demselben Zustande und unter derselben Behandlung, wie vor der Operation. Am 8. Tage entleerte er zum ersten Mal selbständig kleine Mengen Urin, und von diesem Zeitpunkte ab besserte sich der Zustand des Patienten immerfort, so daß nach weiteren 14 Tagen nur ein Mal täglich der Urinentleerung mit dem Katheter nachgeholfen werden mußte. Die Menge des Residualharns betrug anfangs 200 g, sank aber allmählich auf ungefähr 70 g. Der Patient erholte sich rasch und vermochte seinem Beruf, er war Kutscher, wieder nachzugehen. Weder in den Hoden, noch in den Neben-

hoden sind durch die Operation irgendwelche Alterationen herbeigeführt worden, wohl aber eine bedeutende Verkleinerung der hypertrophirten Prostata. Casper.

Schluß zu Helferich: **Resection des Vas defer. gegen Prostatahypertrophie.**

In der Discussion über diesen im Greifswalder Medicinischen Verein (30. Nov. 1895, Münch. Med. Wochenschr. 1896, No. 8) gehaltenen Vortrag bestätigt E. Hoffmann die wunderbaren Erfolge der Operation. Er berichtet über einen Fall, bei welchem nach der Resection der Vasa deferentia die hochgradigen Beschwerden beim Urinlassen in einigen Tagen fast verschwanden. Der Residualharn verminderte sich von 150 auf 10 cbcm. Die Cystitis blieb bestehen; Blasenausspülungen wurden nicht gemacht. Zwei Monate nach der Operation zeigte sich bei der Untersuchung vom Mastdarm aus der Prostatatumor scheinbar unverändert. Der Kranke starb später an Perforation der Blase durch einen Stein. K.

Roberto Allessandri: **Le lesioni dei singoli elementi del cordone spermatico e loro consequenze sulla glandola genitale.** (Il policlino, 1. V. 1895.)

Daß schwere Verletzungen des Samenstranges zwar nicht zur Gangrän, wohl aber zur Necrobiose des Hodens führen, ist seit langer Zeit bekannt, weniger genau jedoch der Anteil, den die verschiedenen Bestandteile des Samenstranges nach ihrer Verödung auf das weitere Schicksal des Hodens ausüben. Aus den zur Klarstellung dieser Frage an Hunden angestellten 40 Einzelversuchen Verf.'s, deren Resultate teils im Widerspruch mit früheren Versuchen stehen, teils auch früheres bestätigen, ergiebt sich: 1) die Ligatur des Vas deferens führt zur Atrophie des Testikel und der Epididymis; 2) zunächst erweitern sich die Samencanälchen des Nebenhodens, dagegen verengern sich die Canäle des Hodens unter Epithelialveränderungen; 3) im Anschluß daran kommt es zu Bindegewebswucherung, zumal in der Umgebung der Gefässe; 4) bis auf geringe Spuren geht das Hodenparenchym selbst durch diese Wucherung zu Grunde; 5) ebenso, jedoch weit langsamer, verläuft der Proceß im Nebenhoden; 6) cystische Degeneration wurde niemals angetroffen. — Weiterhin untersuchte Verf. die Einwirkung der Unterbindung der Art. spermat. int. auf Hodentumoren im Anschluß an Untersuchungen von Volkmann, Miflet, Niemann, Dombrowo etc. und kommt zu folgenden, sich wesentlich an Miflet anlehnenden Schlüssen: 1) Unterbindung von Arterie und Venae sperm. (Plexus

pampiniformis) führt zu Atrophie des Hodens; 2) der Proceß wird verlangsamt, wenn man die Art. deferentialis erhält; 3) die Necrose beginnt an den inneren Epithelialschichten; 4) auch hier entwickelt sich Bindegewebswucherung vorwiegend in der Umgebung der Gefäße; 5) isolirte Ligatur von Art. oder V. sperm. hat keine Atrophie, wohl aber andere begrenzte Ernährungsstörungen im Gefolge; 6) Ligatur eines Teiles der Venen ist ohne Einfluß auf Hoden oder Nebenhoden. Die Excision der nervösen Elemente des Samenstranges führt zur Necrose des Hoden- und Nebenhodenepithels, die im Centrum beginnt und gegen die Peripherie hin fortschreitet. Zuerst erkrankt der Hoden, demnächst der Nebenhoden. Gr.

Dubuc: **Sehr schwere Erstickungsanfälle bei einem Kranken mit Prostatacarcinom, plötzlicher Tod bei einem Anfall.** (Soc. de med. de Paris, 3. Juni.)

Es handelte sich um einen 66jährigen Kranken, der unzweifelhaft ein Prostatacarcinom zeigte. Die Blase entleerte sich nur unvollständig und machte daher sich häufiger Harndrang geltend. Unter dem Einfluß von Borausspülungen besserte sich der Zustand, der trübe Urin wurde rasch sauer und klar. Appetit und Kräfte schwanden. Plötzlich bekam Pat. einen heftigen Erstickungsanfall, das Gesicht ganz blaß, große Angst, Respiration hastig, 42 in der Minute, regelmäßiger Puls von 112; Atherom der Radialis wurde ferner ermittelt. Nach den üblichen Excitantien untersuchte D. die Blase und fand den Urin klar, kaum Eiweiß und keine Cylinder in ihm. Ein zweiter Anfall einige Monate später führte den Tod des inzwischen sehr entkräfteten Pat. herbei. D. nimmt als Ursache der Anfälle nicht Urämie an, da Pat. auch meist Milchdiät hielt, sondern Embolien von Krebsteilen oder wahrscheinlicher noch von Thromben, die von den Venen des Penis stammend durch die Vena cava inf. und das rechte Herz in die Pulmonalarterie gelangten. Hz.

Bangs: **Acute und chronische Prostatitis.** (N.-Y. Academy of Medicine, Genito-Urinary Section, Sitzung v. 22. Febr. 1896. — Med. Record, 22. Februar 1896.)

Bangs spricht über die acute und chronische Prostatitis. Betreffs der Aetiologie besitzen sexuelle Excesse einen grossen Einfluß auf die Entwickelung einer Hyperämie und späteren Hypertrophie der Prostata. Den Coitus öfter als zwei Mal wöchentlich auszuüben, hält er nicht für ratsam, weil sonst in der Prostata eine constante Hyperämie unterhalten wird, die zur Hypertrophie führt. Die häufigste Ursache der Prostatitis ist aber die Gonorrhoe. Bei der Behandlung der acuten Form spielen die Hauptrolle

heiße Sitzbäder und rectale Heißwasserinjectionen, bei der chronischen ist die Massage von Nutzen. Ist es bereits zur Hypertrophie und zum Vorhandensein von Residualharn gekommen, so muß regelmässig katheterisirt werden. Bei Urinretention erweisen sich von günstiger Wirkung stündliche Irrigationen der Urethra mit Borwasser, bei erhöhtem Becken ausgeführt. Die Entleerung der Blase per Katheter soll in solchen Fällen nicht auf einmal, sondern in mehreren Sitzungen vorgenommen werden. Die operative Entfernung der hypertrophischen Prostata weist eine zu hohe Mortalitätsziffer auf, dagegen verdient die doppelseitige Castration alle Beachtung. — Alexander bestreitet, daß die Prostatahypertrophie durch sexuelle Ueberreizung verursacht werden kann; jene würde dann viel häufiger vorkommen. Den Wert der Castration bei Prostatahypertrophie hält er für problematisch.

Lw.

Rosenberg: **Zur Diagnostik der Prostatitis chronica.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, Band VII, Heft 2.)

Verf. stellt die in den Lehrbüchern der Geschlechtskrankheiten durchgängig enthaltene Angabe: „Die Prostatitis chronica ist ein seltenes Leiden; ihr Hauptsymptom ist die Prostatorrhoe“ entschieden in Abrede, indem er sich dabei auf seine in den letzten drei Jahren gesammelten Erfahrungen stützt. Verf. hat nämlich in der angegebenen Zeit bei einer großen Reihe von Patienten, deren Gemeinsames lediglich ein früher durchgemachter Tripper war, der entweder noch in chronischer Form oder in irgend einer hartnäckigen Complication fortbestand, oder auch scheinbar total abgeheilt war, methodisch die Prostata vom Rectum aus untersucht und in einer bedeutenden Zahl von Fällen (in 35 von 100) Prostatitis chronica diagnosticirt. Der Befund, welcher die Berechtigung giebt, letztere Diagnose zu stellen, ist nach Verf. folgender: Die Prostata ist diffus oder partiell — nur die eine Hälfte oder beide Seitenpartien — vergrößert und wölbt sich infolgedessen geradezu tumorartig in das Rectum vor. Ihre Berührung ist schmerzhaft, so daß stärkeres Massiren ganz unmöglich wird. Die Prostata ist von ungleichmäßiger Spannung, von örtlich wechselnder Härte. Das durch Massage entleerte Secret reagirt amphoter und ist im Gegensatz zu dem normaler Vorsteherdrüsen von gelblicher Farbe und zäh-dickflüssiger Consistenz. Mikroskopisch ergiebt sich als Cardinaldifferenz der Befund massenhafter Leukocyten. Dagegen ist die Prostatorrhoe eines der am wenigsten vorkommenden Symptome der Prostatitis chronica. Die subjectiven Erscheinungen der chronischen Prostatitis sind: brennende, stechende Schmerzen in der Eichel, in der P. bulbosa, am Blasenhals, beim Uriniren oder spontan in den Inter-

halb des Nabels eine Härte. Die Drüsen waren incidirt und bis auf eine kleine linksseitige Fistel geheilt. Beim Eintritt in's Spital fand man unter dem Nabel Fluctuation. Eine erste Incision ergab nur wenig Eiter und liess die Temperatur nicht sinken, erst eine Incision bis zur Fistel geführt war erfolgreich, nach 110 Tagen war Pat. geheilt. Hz.

V. Penis und Praeputium.

Quattroy-Ciocchi: **Due rari casi di necrosi dell' Albuginea penis.** (Bull. della soc. Lancisiana degli ospedali di Roma, 1894, Fasc. II. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 4.)

Im unmittelbaren Gefolge eines phagedänischen Schankers im Sulcus praeputialis trat eine fortschreitende totale Necrose der Tunica albuginea der Corpora cavernosa penis auf, einschließlich des Septums, unter normaler, nur geschwollener Haut. Von einer Dorsalincision mußte nach einander die necrotische Fascie von der Glans bis zum Lig. suspensorium penis abgetragen werden, so daß zuletzt die beiden Corpora cavernosa völlig nackt und von dem (normal gebliebenen) übrigen, Urethra, Corp. cavern. urethrae und Glans einschließenden Teil des Penis wie freipräparirt lagen.

Im ersten Fall trat der Tod durch Septhämie ein, im zweiten erfolgte Heilung. Die normale Form des Penis wurde durch Plastik wieder hergestellt, so daß er seine Functionen wieder völlig verrichten konnte.

Verf. fand keinen ähnlichen Fall in der Litteratur; für die Ursache der Fasciennecrose hält er, wie stets, die geringen Ernährungsbedingungen der betreffenden Fascie. K.

O'Zoux: **Deux cas de noeuds des corps caverneux.** (G. A., Januar 1896.)

Knoten im Corpus cavernosum finden sich bei Gicht, Diabetes, Rheumatismus und Lues. In anderen Beobachtungen kann man sie auf Trauma (Schüsse etc.) zurückführen. Endlich giebt es einige, deren Aetiologie unklar ist. Zu der letzteren Categorie gehören zwei Beobachtungen Verf.'s. Diese betreffen zwei Freunde, bei welchen nach einer Injection von $Ca\,SO_4$ im rechten Corpus cavernosum in der Pars pendula eine nußgroße, nicht schmerzhafte, von der Haut trennbare Verhärtung aufgetreten war. Sie entschlüpfen leicht dem tastenden Finger und sind beim erigirten Penis

VIII. Hoden und Nebenhoden.

Jordan: **Ein Fall von einseitigem Descensus testiculorum (Ectopia testis transversa).** (Beitr. z. klin. Chir., Bd. XV, Heft 1. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 8.)

Bei Gelegenheit einer Herniotomie entdeckte J. die von ihm beschriebene Abnormität. Die nach zwei Monaten anlässlich der Radicaloperation eines Recidivs auf Czerny's Rat ausgeführte Exstirpation des abnormen Hodens lieferte das Material zur anatomischen Untersuchung. Das Resultat derselben ist folgendes: Beide Hoden liegen in der linken Scrotalhälfte, und zwar hat jeder derselben darin seine eigene Bursa inguinalis. Die Vasa deferentia vereinigen sich zu einem gemeinsamen Vas deferens und sind in ihrer grössten Ausdehnung mit einander verwachsen.

Bezüglich der Genese der beschriebenen Entwicklungsanomalie stimmt J. der Ansicht v. Lenhossek's zu, welcher den einzigen analogen Fall beschrieben hat, dass es sich nämlich um eine fehlerhafte linksseitige Entwicklung des rechten Hodens gehandelt hat. K.

Ramon Guiteras: **Report of a case of dislocation of the testicle into the penis.** (Med. Record 1896, No. 1.)

Pat. will stets gesund gewesen sein, nur einige Mal für kürzere Zeit Urethritis, aber keine sonstige Erkrankung des Urogenitalapparates gehabt haben.

Vor ca. zwei Monaten ging ihm ein Rad seines Wagens über die Weiche und die Gegend des linken Schambeines. Er konnte sich nicht selbst aufrichten, das linke Bein konnte er nicht bewegen, Schmerzen fühlte er in der linken Weichengegend, wo das Rad hinübergegangen war. Er wurde ins Krankenhaus gebracht, wo ein Bruch der 6. und 7. Rippe in der Axillarlinie und eine Contusion der linken Hüftgegend constatirt wurde mit Durchschneidung der Weichteile in der linken Schamgegend und Zerreißung der A. pudenda ext. superf., der A. epigastrica superf. und einiger kleinerer Zweige der A. femoralis, aus denen eine starke Blutung erfolgte.

Der Pat. wurde ins Wasserbad gesetzt, die Blutung gestillt und die Rippen aneinander gelegt.

Noch an demselben Tage machte sich eine starke, schmerzhafte Schwellung des Scrotums, Penis und angrenzenden Gegend der linken Hüfte bemerkbar; auf dieselbe wurde eine Eisblase gelegt. Nach drei Wochen verschwanden die Schmerzen der Seite, nur der Penis blieb noch empfindlich und schmerzhaft. Besonders beim Aufrichten bekam Pat. jedesmal ein Gefühl der Schwäche und des Schwindels. Die Fortbewegung war nur auf Krücken möglich.

Die Urinentleerung war ungestört, jedoch hat Pat. seit dem Unfalle keine Erection mehr gehabt.

Das Scrotum fand sich bei der Untersuchung im oberen Teile flach und leer aussehend, im unteren mit einer knotigen Masse gefüllt. Der Penis war an der Basis abnorm weit, $5^1/_2$ Zoll im Umfange und 2 Zoll weit; er schien sich links von der Glans zur Basis zu verdicken und bot dort das elastische Gefühl wie ein Testikel. Der dort vorhandene Körper war oval und mit der erwähnten knotigen Masse direkt verbunden; beim Anheben des Penis wurde der Zusammenhang beider Körper noch deutlicher.

Es handelte sich also augenscheinlich um eine Dislocation des einen Hodens in den Penis hinein, und es fragte sich, wie diese entstanden und wie sie wieder zu heben sei. Das erstere geht aus der Anatomie dieser Teile hervor. Offenbar war der ovale Körper auf der linken Seite des Penis der Hoden und die knotige Masse im oberen Teile des Scrotums der Globus major. Der Testikel war durch Zug durch das parietale Blatt der Tunica vaginalis unter die Tunica dartos gekommen.

Da die Dislocation schon längere Zeit bestand und bereits Adhäsionen vorhanden waren, schien dieselbe nur operativ zu beseitigen zu sein. Es wurde demgemäß am lateralen Teile des Penis an der Verbindungsstelle mit dem Scrotum eine Incision gemacht und versucht, die Adhäsionen stumpf zu lösen, was nicht gelang. Ebenso war es zunächst nicht möglich, den Testikel an seinen Platz zurückzubringen, da der Sack ihn nicht mehr fassen konnte, sei es, daß er entzündliche Veränderungen eingegangen oder geschrumpft war. Deshalb mußte er mit den Fingern gedehnt werden; dann wurde der Hoden hineingelegt. Darauf wurde das Ganze mit einer warmen Borlösung abgewaschen, dann die einzelnen Häute vernäht.

Die Heilung erfolgte glatt; Pat. konnte ohne Schmerzen und ohne Hilfe sich bewegen, auch die Funktion der Genitalorgane war wieder wie vor dem Unfalle, nur daß bei einer Erection links eine gewisse Spannung im Penis auftrat, die von der Narbe herrührte.

Sims: **Aspermatismus.** (The New-York médic. journ., 26. Januar 1895.)

Unter Aspermatismus versteht man den Mangel der Ejaculation; bei Kranken, die die Libido sexualis empfinden, den Penis erigiren und einführen können, fehlt die Ejaculation. Man hat verschiedene Arten des Aspermatismus unterschieden, einen organischen in Folge Obstruction der Samengänge oder der Harnröhre, einen atonischen durch Mangel an Excitation des Centrums der Ejaculation, einen anästhetischen durch Anästhesie der Nerven der Eichel, und einen psychischen, wo das Centrum im Großhirn das genitospinale Centrum hemmte. Richtiger ist nach S. eine Einteilung in Aspermatismus durch einen krankhaften offenbaren Zustand und in functionellen. S. hatte einen 26jährigen Mann in Behandlung, an dem eine pathologisch-anatomische Läsion des Genitalapparates nicht zu finden war. Er hatte nie Onanie getrieben und nie nächtliche Pollutionen. Seine Libido war mässig, Erection aber vorhanden. Der Aspermatismus ist in diesem Falle ein psychischer, die Therapie nach S. nicht aussichtslos, am ehesten dürfte Pat. seine functionelle Leistung der Samendrüsen durch den geschlechtlichen Verkehr mit einem sympathischen Weibe wiederfinden. Hz.

Nicolich: **Ein Fall von Orchitis suppurativa, Peritonitis circumscripta suppurativa, Abscess der Bauchwandungen.** (Estratto dal Resoconto sanitario di Trieste 1893.)

Ein 66jähriger Mann, der mit einer linksseitigen Orchitis erkrankt war, verließ das Spital vor seiner Genesung, zwei Wochen später kam er zurück und klagte über heftige Schmerzen im linken Hoden und in der Weiche derselben Seite. Der ganze Bauch war auf Druck schmerzhaft, in der linken Weiche fand man eine Induration, der Hoden zeigte Fluctuation. Temperatur 38—39°, oftmalige Brechneigung. Die Incision des Hodens entleerte Eiter, dann machte man eine Incision in der Bauchwand einen Finger breit oberhalb des Leistencanals, nach Incision der Aponeurose des M. obliquus fand man einen großen Absceß mit stinkendem Eiter. Einige Tage später entleerten sich aus der Wunde Fäcalmassen, allmählich verschwanden diese, später auch die Eiterabsonderung. Nach 106 Tagen war Pat. gesund. N. erinnert zum Vergleich an einen ähnlichen, 1890 veröffentlichten Fall einer circumscripten eitrigen Peritonitis, die mit Perforation des Colons verbunden war und ihre Entstehung einer Perimetritis blennorrhagica verdankte.

Hz.

Hance: **Doppelseitige Epididymitis tuberculosa.** (N.-Y. Acad. of Medicine, Genito-Urinary Section, Sitzung v. 12. Febr. 1896. — Med. Record, 22. Februar 1896.)

Hance stellt einen 30jährigen Mann mit doppelseitiger Epididymitis tuberculosa vor. Tuberculöse Erkrankungen in seiner Familie sind nicht vorgekommen, nur seine Frau leidet an Tuberculose. Die Krankheit be-

gann bei dem Manne vor einem Jahre mit häufigem Urindrang und reizbarer Blase bei sonstigem guten Allgemeinbefinden. Vor etwa 4 Wochen stellten sich Schmerzen in der Gegend der Harnblase und im rechten Testikel ein. Eine Woche darauf wurde auch der linke Hoden schmerzhaft, es bildete sich eine geringe Hydrocele und auch die Inguinaldrüsen vergrösserten sich. Der Urin zeigte einen flockigen Niederschlag, in welchem man Eiterzellen, Epithelien und einige Tuberkelbacillen fand. In den Lungen konnten keine Veränderungen constatirt werden. Dieser Befund ist bis heute unverändert geblieben. H. hält den Fall für eine secundäre tuberculöse Epididymitis, die durch einen latenten tuberculösen Herd, wahrscheinlich in den Samenbläschen oder in der Prostata, verursacht worden ist. Derartige Fälle werden häufig durch eine klimatische Behandlung gebessert. Lw.

Lemicher: **Eine paravaginale Hämatocele als Folge einer Hydrocelenpunction.** (Journ. d. Sc. médic. d. Lille, 5. Oct.)

Der Fall betrifft einen 30jährigen Mann, der von einem Arzte einer Hydrocele wegen punctirt wurde, bei der Punction erfolgte eine starke Blutung aus der Wunde des Troicarts, ferner empfand Pat. einen sehr heftigen Schmerz. Pat. legte sich zu Bett und kam, als der Hodensack eine schwärzliche Färbung annahm, in's Krankenhaus. Der Hodensack war enorm geschwollen, 0,47 m Umfang, 0,16 m hoch und 0,13 m breit. Die Farbe war schwarz. Die Palpation ergab, dass die Hüllen des Hodens eine bedeutende Menge Blut enthielten. Es stand also die Diagnose einer paravaginalen Hämatocele fest. Da die Hämatocele nicht an allen Stellen sich resorbirte, fand eine Incision der Tunica vaginalis statt. Im Ganzen wurden 600 g Blut, zum Teil geronnen, zum Teil ungeronnen, entleert. Bei der Operation stellte sich heraus, daß der Hoden nicht, wie sonst bei der Hydrocele, hinten und unten lag, sondern vorn und unten. Der Trocart hatte den Kopf des Nebenhodens verletzt und bei seinem Gange von unten und vorn nach oben und hinten Gefäße zerrissen. Die Heilung des Pat. erfolgte zwei Wochen nach der Operation. Hz.

Moritz: **Zur Therapie der Hydrocele testis.** (Nach einem Vortrage im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1896, No. 8.)

M. gelangte auf Grund eingehenden Studiums der einschlägigen Krankengeschichten aus dem deutschen Alexanderhospital zu St. Petersburg zu der Ueberzeugung, dass die jetzt allgemein geübte Radicalbehandlung der Hydrocele testis (Schnittverfahren) vor der älteren, jetzt in den Hintergrund gedrängten Jodbehandlung nichts voraus habe, im Gegenteil dem Kranken größere Gefahr durch die Narcose, größere

Schmerzen, längeres Kranksein und erheblichere Kosten durch Hospitalaufenthalt und Verbandstoffe verursache. Das bezeichnete Material umfaßt 33 Krankengeschichten mit 36 Operationen durch Schnitt, darunter 3 doppelseitige Hydrocelen, mit einem Spitalaufenthalte von durchschnittlich 38 Tagen, 30 einseitige Hydrocelen mit 20 Tagen. Von den 33 Operirten sind als ganz geheilt entlassen 4 Pat., fast geheilt 7, mit flach granulirenden Wunden 17, ambulatorisch weiter behandelt 5 Kranke. 11 Patienten haben mehr oder weniger hoch gefiebert, 2 Mal sind Nachblutungen, darunter 1 Mal bei einem Hämophilen notirt. Als weitere Complicationen sind verzeichnet: 3 Mal Jodoformerytheme, 4 Mal Eiterung, 1 Mal Harnverhaltung, 1 Mal mehrtägiges Erbrechen, 1 Mal schlechte Narcose, 3 Mal starke Schmerzen.

Die Resultate der früher geübten Jodbehandlung sind im Vergleich zu den obigen keine schlechteren; so bekam z. B. Ranald Martin unter 2393 Fällen weniger als 1 pCt. Mißerfolge. Busch beobachtete bei Anwendung der Lugol'schen Lösung Heilung meist in 34 Tagen; Aehnliches berichtet Kocher nach Injection reiner Jodtinctur. Verfasser kommt in Folge dessen zu dem Schluß, daß die Punction der Hydrocele mit nachfolgender Injection Lugol'scher Lösung in allen Fällen einfacher Hydrocele als das Normalverfahren gelten muß. Die Radicaloperation soll für solche Fälle reservirt werden, in denen entweder Recidive eingetreten sind oder eine genauere Inspection des Organs erforderlich ist. Li.

J. H. Lowry: **A new varicocele needle.** (New-York med. Journ. 1895, No. 876. — Centralbl. f. Chirurg. 1896, No. 8.)

L. giebt ein neues, nadelartiges Instrument zur Unterbindung der erweiterten Venen des Plexus pampiniformis an. Dasselbe ist im Wesentlichen eine Hohlnadel, die in ihrer Mitte eine halbkreisförmige Ausbiegung hat (ähnlich der Ausbiegung einer Deschamp'schen Nadel), die aber solid ist. Die Spitze ist zu einem schiefen Viereck ausgezogen, dessen Kanten schneidend sind. Eine kleine Oeffnung nahe der Spitze dient zur Befestigung einer Ligatur. An dem Ansatz der Ausbiegung ist ihre Höhlung an jeder Seite offen, so dass ein mandrinartiger fester Stab von Anfang bis Ende hindurchgeführt werden kann. Derselbe ist einige Centimeter länger, so daß er, ganz hindurchgeführt, die Spitze der Nadel etwas überragt. Er hat ebenfalls eine kleine rundliche Oeffnung zur Befestigung eines Fadens nahe seiner Spitze.

Die Anwendung des Instrumentes geschieht nun in der Weise, daß Hodensack und Hoden mit der linken Hand straff angezogen werden, wobei sich Samenstrang und erweiterte Venen so anspannen,

Alle diese Beobachtungen und Erfahrungen haben nun die neue Operationsbasis zur Behandlung der Prostata-Hypertrophie geschaffen. Die erste Castration zur Heilung der Prostata-Hypertrophie wurde von Ramm ausgeführt, der dann bald eine zweite, und bald darauf die dritte, von Wight gemachte folgte. In seiner letzten Mitteilung kann Wight schon 111 Fälle von Castration zusammenstellen. Zur Kritik des Verfahrens stehen unter Ausscheidung einer Anzahl von Wight'schen Fällen dem Vortragenden insgesamt 102 Fälle zur Verfügung. Zu beachten ist, daß der Effect der Operation nicht nur an ihrem Einfluße auf die Größe der Prostata zu messen, sondern daß auch der Einfluß auf die consecutiven Veränderungen zu berücksichtigten ist. In 68 Fällen ließ sich eine Verkleinerung der Prostata, sowie eine Verringerung des Harndranges, der Cystitis u. s. w. constatiren, in 32 Fällen findet sich eine geringe oder gar keine Veränderung der Prostata, wohl aber eine Besserung der Begleiterscheinungen, so daß man sagen kann, daß in 100 von 102 Fällen die Operation von Erfolg begleitet war. (Dies gilt für die erste Zeit nach der Operation). — Was die Dauererfolge anbetrifft, so stellt sich das Verhältnis allerdings anders. Teilt man die Fälle in geheilte, gebesserte und ungeheilte ein, so zeigt sich, daß eine relativ dauernde Heilung in 39 Fällen, eine Besserung in 57 Fällen erzielt wurde. Die Operationsmethode der doppelseitigen Castration hat also bisher wenigstens Resultate gefördert, welche sehr zu Gunsten des Verfahrens sprechen. Dazu kommt, daß nicht ein Fall vorliegt, bei welchem Complicationen von der Wunde aus hinzugetreten wären. Die nach der Operation vorgekommenen Todesfälle stehen außer jeder Beziehung zu derselben, endlich ist die Operation an sich leicht ausführbar und jedem zugänglich.

Trotz der günstigen Erfolge giebt es noch immer Leute, welche die doppelseitige Castration nicht zugeben. Man entschloß sich daher zur einseitigen Operation, gestützt auf:

1) Bei einseitigem Fehlen des Hodens fand man Fehlen des entsprechenden Drüsenlappens (Potington, Le Dentu).

2) Einseitige Kleinheit mit Kleinheit des gleichseitigen Lappens (Besançon, Lannois, Dubuc, Godard, Baldwin und 5 eigene Beobachtungen). Mangelhafte Entwickelung der Vorsteherdrüse hängt bei Kleinheit der Hoden von der atrophischen Beschaffenheit dieser ab. Functioniren kleine Hoden normal, so ist die Vorsteherdrüse normal (eigene Beobachtungen).

3) Wenn aus anderen Gründen die einseitige Castration vorgenommen war (Remondino zwei Fälle mit gleichzeitiger Hypertrophie der Vorsteherdrüse, Fulton, Gravis, Haynes, Fenwick), erfolgte

des Formaldehyds, über diesen Concentrationsgrad hinaus polymerisirt das Formaldehyd, und man erhält bei Verdampfung concentrirter Lösungen ein aus Polymeren bestehendes weißes Pulver, das Trioxymethylen. Dieses hat die Eigenschaft, an der Luft zu depolymerisiren und in trockenen Dämpfen wieder Formaldehyd zu bilden. — Die Brauchbarkeit des Formaldehyds zur Kathetersterilisation hat Frank experimentell nachgewiesen, indessen das Detail seiner Experimente nicht vollkommen publicirt, überhaupt nicht mit Trioxymethylen experimentirt. J. experimentirte in verschiedenen Versuchsanordnungen, erstens nach der Methode von Frank, er hing inficirte Katheter in Glasröhren von verschiedener Capacität auf, die mit einem Gummipfropfen verschlossen wurden. Das Formol wurde in verschiedenen Lösungsgraden auf einen Wattetampon gegossen, der am Boden des Glases lag, die Katheter hingen vertical. Dann construirte J. Kästen von verschiedenen Dimensionen mit übereinander gestellten Platten, unterhalb derselben lag am Boden ein Streifen eines mit Formollösung getränkten Stoffes. J. zieht diese Kästen den Glastuben vor, weil sie stabiler sind, die Katheter weniger in directen Contact mit dem Formol bringen und weil ihre Isolation leichter ist. Die Kästen construirte J. in zwei Dimensionen, einen großen, 44 cm lang, 18 cm breit und 10 cm hoch zur Benutzung in Kliniken, und für Specialisten einen kleinen, 42 cm lang, 7 cm hoch und breit für die Patienten und die practischen Aerzte. Der große Kasten besteht aus Metall und ist rechtwinklig, er ist auf einer seiner kleineren Seiten durch einen Metalldeckel hermetisch verschlossen, darum kommt noch ein breiter Kautschukring. Im Innern des Kastens befinden sich acht Platten, die bei Nichtgebrauch auf die oberste gelegt werden können, so daß größere Objecte sterilisirt werden können. Auf dem Boden des Apparates wird ein Gewebsstreifen von 30 cm Länge und 10 cm Breite ausgebreitet; will man Trioxymethylen anwenden, so breitet man dies in dünner Schicht aus, mit diesem Apparat sind 200 Katheter zu sterilisiren. Der kleine Apparat wird an einer Schmalseite nur durch einen Kautschuckmantel geschlossen, innen sind zwei Metallplatten, die obere beweglich, die untere fest, und darunter wird auf eine Wattelage Formol gegossen oder etwas Trioxymethylen, so kann man 16—20 Katheter oder auch ein Cystoskop sterilisiren. Bei den Versuchen wurden die Katheter nach ihrer Lagerung in den Formoldämpfen stets mit einer Ammoniaklösung von 1 : 10000 abgewaschen, bevor sie in den Nährboden gebracht wurden, um jede Spur von Formol zu beseitigen. Das Resultat der Versuche von Janet ist folgendes:

Wurden Katheter des gewöhnlichen Calibers von 14—25 Charr. in Anwendung gezogen, so ergab sich, daß, wenn diese nicht vorher gesäubert in Glasröhren dem Formol in einer Lösung von 1 Form. : 5 Aq. destill. exponirt waren, sie noch nach 24 Stunden bei 9° nicht sterilisirt wurden, nach 24 Stunden bei 15° die Versuche meist fehlschlugen; Experimente mit Formol 1 : 2 und reinem Formol, wobei die Katheter nicht gesäubert sind, geben ein negatives Resultat nach 24 Stunden bei einer Temperatur

von 9 und 8°. Wurden die Versuche mit reinem Formol oder mit Trioxymethylen im großen Apparat ausgeführt, so waren diese stets positiv, die Sterilisation der Katheter war vollkommen, ob sie vorher gesäubert wurden oder nicht. Hierbei betrug aber die Temperatur 17—22°. Man erhält also negative Resultate, wenn man Formol in schwachen Lösungen anwendet, man erhält die gleichen mit reinem Formol, wenn die Temperatur niedrig ist; man erhält ferner, wie aus anderen Versuchen hervorgeht, negative Resultate, wenn man sehr feine Katheter oder sehr feine Röhren, wie die des Irrigationscystoskops, zu sterilisiren sucht. Positiv würden die Versuche werden, wenn man länger als 48 Stunden sterilisiren würde, doch wäre dies unpractisch. Man soll also nur reines Formol oder Trioxymethylen anwenden, möglichst eine Temperatur von 15°, nie aber unter 10°, dann erhält man sicher die Sterilisation von gewöhnlichen Kathetern in 24 Stunden, von feinen Kathetern oder einfachen sorgsam gesäuberten Cystoskopen in 48 Stunden. Die Irrigationscystoskope und ganz feine, z. B. Ureterenkatheter müssen auch fernerhin im Dampfapparat von Nitze sterilisirt werden.

Was nun die Wahl zwischen Formol und Trioxymethylen betrifft, so ist letzteres in den kleinen Apparaten, wie sie zu gewöhnlichem Gebrauch construirt sind, an Desinfectionskraft dem Formol fast gleich, wenn es bei 15—17° angewandt wird, es hat vor Formol den großen Vorteil, daß es trocken ist und daher nicht die Katheter weich macht wie Formol, daß es viel langsamer als dieses Formaldehyd durch Verdampfung erzeugt und somit constant seine antiseptischen Dämpfe abgiebt, so daß man ohne Nachteil den Apparat auch einmal öffnen kann, während in solchem Falle Formol schnell und vollkommen verdampft. Will man also eine große Menge Katheter im großen Apparat sterilisiren, so nehme man Formol, für kleine Apparate Trioxymethylen. Die Dämpfe beider Stoffe irritiren weit weniger als die der Schwefelsäure, Metall wird von ihnen nicht angegriffen, gegen die Erweichung der Katheter durch Formol hilft man sich durch nachherige Trocknung durch Chlorcalcium. — Zum Schluß giebt J. die Regeln, die in großen Kliniken, bei Specialisten, bei sich selbst katheterisirenden Kranken, bei nicht specialistischen Aerzten hinsichtlich der Desinfection zu beachten sind. In allen Fällen sind die Katheter sorgfältigst zu säubern. In den großen Kliniken sind die Katheter im großen Apparat mit Formol zu desinficiren, nach der Sterilisation in eine Lösung von Quecksilberbijodid 1 : 25000 zu bringen; es lassen sich 200 Instrumente sterilisiren. Beim Specialisten ist die Zahl der Katheter für jede Consultation klein, aber diese wiederholen sich öfters, daher sterilisiren wir erst den ganzen Vorrat im großen, mit Trioxymethylen beschickten Apparat, die großcalibrigen Katheter bleiben 24, die feinen 48 Stunden darin. Dann verteilen wir diese Instrumente nach ihren Nummern in ein Dutzend Glaskästen in zwei Schubkasten, an deren Boden Trioxymethylen und Chlorcalcium in Glasschalen aufgestellt werden. Glaskästen sind den Glastuben mit Kautschukpfropfen vorzuziehen, da die Katheter in ersteren mit einander ver-

kleben. Für den Pat., der sich selbst behandelt und den practischen Arzt genügt vollkommen der mit Trioxymethylen beschickte kleine Apparat: wenn der Arzt einen Katheter gebrauchen will, so bringt er ihn in einen mit kochendem Wasser gesäuberten und mit Porlösung gefüllten Glascylinder. Holz.

Elliott: **Der Spiralkatheter.** (The Lancet, 7. März 1896.)

Diese neue Katheterform, die Verf. erdacht hat und durch die Firma Arnold & Sons in London anfertigen und verkaufen läßt, zeigt gegenüber der alten die Veränderung, daß das vordere Ende der (geraden) Röhre spiralförmig, korkzieherartig, gewunden ist. Verf. vindicirt dieser Form verschiedene Vortheile vor der alten. Der Katheter kann im Allgemeinen leichter eingeführt werden. Besonders ist dieses der Fall bei Stricturen, wo er sich wie ein Korkzieher seinen Weg bahnt und auch leichter zu entfernen ist. Ferner ist bei seiner Anwendung die Gefahr in Folge einer forcirten Einführung eine geringere, da der durch ihn ausgeübte Druck gleichmäßig und milde ist. Man kann diese spiralförmige Form auch bei Bougies anbringen, die zur allmählichen Erweiterung von Stricturen dienen sollen. Lw.

Dr. E. Pfister (Kairo): **Ein Fall von Vergiftung durch Injection von Cocainlösung in die Urethra.** (Berliner klin. Wochenschrift 1896, No. 14.)

Bei einem Manne, der schon früher wiederholt an Blasensteinen gelitten hatte, sollte wegen Retentio urinae der Katheterismus vorgenommen werden; da es ohne Weiteres nicht gelang, den Katheter einzuführen, wurde von dem behandelnden Arzt eine Spritze (von unbekanntem Inhalt) mit 20proc. Cocainlösung in die Urethra eingespritzt. Fast unmittelbar nach der Einspritzung trat bei dem Patienten der Tod ein, der in diesem Falle sehr leicht seine Erklärung in der hohen Cocaindose (mindestens die 4fache Maximaldosis, wahrscheinlich viel mehr) findet; ferner war die Resorptionsfähigkeit der Urethralschleimhaut wahrscheinlich noch gesteigert dadurch, daß diese außergewöhnlich trocken war, indem sie während zweier Tage nicht von Urin benetzt war. Bock.

Ludwig v. Stubenrauch: **Ueber die Festigkeit und Elasticität der Harnblase, mit Berücksichtigung der isolirten traumatischen Harnblasen-Zerreissung.** Experimentelle Untersuchung. (Zeitschrift f. klinische Chirurgie, Jahrgang 1895.)

Obwohl über die Häufigkeit und Art der traumatischen Harnblasenzerreißung eine größere Menge von Arbeiten vorliegen, so ist doch die Stärke der Kraft, welche die Verletzung bewirkte, sowie ihr Verhältnis zu dem Füllungszustand der Blase im Moment der Zerreißung bisher nicht genügend erforscht. — Untersuchungen an Leichen über diese

Punkte sind deshalb nicht einwandsfrei, weil sowohl die natürliche Elasticität des lebenden Gewebes eine von dem toten wesentlich verschiedene ist, als auch weil die reflectorische Spannung, die auf der Sensibilität beruht, bei Versuchen an Leichen wegfällt. Verf. hat versucht, durch Anfüllung der Blase von eben verstorbenen Menschen unter bestimmtem Druck bis zu ihrer Zersprengung Aufschlüsse zu gewinnen über die Festigkeit der Blase als Ganzes, sowie über die Festigkeit ihres Materials. Ferner wurden Untersuchungen über die Elasticitätsverhältnisse des Organes, über die Art und den Grad der Dehnung, das Verhältnis zwischen Dehnung und Belastung ausgeführt. Letztere wurden an Blasen frisch geschlachteter Tiere, in einem Falle an der Blase eines Enthaupteten angestellt. — Die Festigkeit der Blase wurde in der Weise gemessen, daß von der Harnröhre aus das Organ schnell mit Wasser gefüllt wurde, bis die Zerreißung erfolgte. Zur Controle der Wassermenge und des Druckes diente ein Wasser-Luftdruckapparat mit Controlmanometer (cf. Original). Als Resultat ergab sich aus den Versuchen: die durchschnittliche Belastung, bei welcher ein Blasenwandstreifen von der Breite (1 Ctm.) — ohne Rücksicht auf die Dicke der Blasenwand — eben reißt, ist 1,5 kg, wie Verf. auf Grund mechanischer Entwicklungsformeln (cf. Original) ausführt. — Was die Elasticität der Blase als Ganzes anlangt, so existirten darüber sorgfältige Untersuchungen von Wallney, die ergaben 1) Elasticität ist bis zu einem gewissen Grade der Füllung proportional, bei sehr starker Füllung nimmt sie ab. 2) Die Elasticität wächst bei stärkerer Füllung relativ weniger. 3) Ungleicher Druck von außen vermindert gleichfalls die Elasticität. 4) Maximum der Elasticität variirt nicht nur bei verschiedenen Tieren, sondern auch bei jeder Tiergattung, es fällt nicht mit dem Maximum der Capacität der Blase zusammen. 5) Die Elasticitätswirkung nimmt im Alter ab, sie wird ferner herabgesetzt durch alkalischen Harn, Essigsäure, Schwefelsäure, bleibt unberührt von Gerbsäure und Ferrocyankali. Verf. selbst untersuchte an excidirten Blasen, an denen er die Einwirkung maß, die ein gefülltes Organ auf den Stand eines mit ihm verbundenen Manometers ausübt. — Hierbei wurde auch die „elastische Nachwirkung“ (Wundt) in den Kreis der Untersuchungen bezogen. Nennt man die Menge Flüssigkeit, die die Blase aufzunehmen im Stande ist, ohne daß die Wand sich dehnt, Residualcapacität, die Menge dagegen, die zurückbleibt, wenn eine unter Druck gefüllte verschlossene Blase geöffnet ist und sich entleert, „Relativcapacität“, so ist die procentuale Dehnung

$$= \frac{\text{Rel.-C.} - \text{Resid.-C.}}{\text{Resid.-C.}} \times 100.$$

Die Versuche ergaben nun, daß die Elasticität der Harnblase im frischen postmortalen Zustande unvollkommen ist. Es wird durch eine größere Flüssigkeitsmenge die Blase gedehnt und zwar so lange, bis gar keine Spannung der Blasenwand mehr besteht. (Elastische Nachwirkung.) Oder will man die alte Spannung wieder herstellen, so muß man Flüssigkeit nachfüllen, und zwar zuerst viel mehr, als in späteren Stadien des Versuches. Weiterhin beobachtete man: bei fortdauernder Füllung einer postmortalen, bes. musculösen Blase besteht zunächst keine Dehnung der Blasenwand (Rel.-Cap. = Res.-Cap. = Füllungsmenge). Füllt man weiter, so spannt sich die Blase, die Rel.-Cap. ist größer als die ausgepr. Menge, dann wird Rel.-Cap. schließlich gleich sein, nunmehr aber nimmt ausgepr. Menge rascher zu als Rel.-Cap. bis zu einem weiteren Punkte, an dem Rel.-Cap. wächst, ausgepr. Menge zu sinken beginnt. Dieser Punkt, der Ueberdehnungspunkt (vielleicht der der Elasticitätsgrenze elast. Körper entsprechende Punkt), liegt bei der Schweinsblase bei 0,4 kg, bei Schafblase bei 0,08 kg Belastung; er ist im Einzelnen recht verschieden! Die Erregbarkeit der Musculatur hatte auf die Dehnungsuntersuchungen keinerlei Einfluß, wohl aber die Totenstarre, weshalb die Versuche vor Eintritt des Rigor gemacht wurden. Als Resultat ergab sich also: Die Elasticität der frischen postmortalen Blase ist sehr unvollkommen. Geringe Gewichte dehnen die Blase zunächst stark, größere jedoch relativ, wenige stark bis zum Ueberdehnungspunkt, schließlich erfolgt plötzliche und starke Dehnung bis zur Zerreißung. Für die lebende Blase gelten diese Versuche jedoch nicht. — Endlich bespricht im Anschluß hieran Verf. die Momente, die zur Entstehung einer Harnblasenzerreißung nötig sind. In Betracht kommt hier zunächst die Intensität der Kraft, weniger wichtig ist die Art der Kraft (Stoß, Faustschlag, Fußtritt, Auffallen gegen einen Gegenstand, Verlegung durch breit angreifende Gewalt). Cf. Bartels. — Von Wichtigkeit ist der Füllungszustand des Organs; in der Regel ist die Blase voll gewesen. In Folge der besseren Exposition der Blase und der Incompressibilität des Inhaltes erfolgt die Berstung, abgesehen von ganz vereinzelten Ausnahmen, durch Ueberdehnung. — Der Ort der Gewalteinwirkung, der im Allgemeinen ohne Bedeutung ist, da sich dieselbe ja gleichmäßig nach allen Richtungen hin fortpflanzt, ist in etwa 90 pCt. aller Fälle der Unterleib selbst. Die Rißstelle lag nach Verf.'s Statistik 70 Mal hinten, 27 Mal vorne, seitlich 7, 5 vorne und hinten. Unbestimmt 27. — Als Ursache für die Kräuselung der hinteren Wand geben Bartels und Harrison das Promontorium an, Hilton dagegen die longitudinale Faserung der Musculatur an der hinteren Blasenwand. Aehnlich erklärt Rivington die Häufigkeit der

Verfügung, in der ein voller Erfolg erzielt wurde. Die Statistiken von Vignard und Vautrin gestatten in dieser Beziehung keine sicheren Schlüsse, da bei ihnen die Operation nur als ultimum refugium gemacht wurde. Immerhin sind die Operationsresultate, sofern man dies berücksichtigt, noch gut zu nennen. Verf. schließt Folgendes:

1) Im Anfangsstadium der P. H. kann die Electrolyse der Prostata u. U. zum Erfolge führen.

2) In späteren Stadien des Leidens ist zuweilen Perinealschnitt und Cystotomie indicirt.

3) Als Methode der Wahl kommen, weil relativ wirksam und ungefährlich, in Betracht die doppelseitige Castration und Resection der Samenstränge.

4) Ausnahmsweise kommen, zumal für besondere Fälle, die Prostatotomie und Prostatectomie in Betracht. Lohnstein.

Dr. Nienhaus: **Zur Frage der Prostatectomie.** (Aus der Baseler chirurgischen Klinik des Prof. Socin. — Beiträge zur klinischen Chirurgie 1895, Bd. XIV, S. 418.)

Die Fortschritte der modernen Chirurgie sind verhältnismäßig spät der Prostatahypertrophie zu gute gekommen. Dies wird wohl hauptsächlich dadurch bedingt sein, daß man bei dieser Krankheit überhaupt selten zur chirurgischen Behandlung greift: Einmal verursacht die Vergrößerung der Prostata in vielen Fällen bekanntlich keine auffallenden Erscheinungen; trotz des durch die Vergrößerung der Prostata bewirkten Hindernisses vollzieht sich die Harnentleerung längere Zeit in anscheinend normaler Weise dank der compensatorischen Vergrößerung der Blasenwand, und so werden derartige Zustände öfters erst auf dem Sectionstisch aufgedeckt. Führen aber den Patienten leichtere Beschwerden zum Arzte, so begnügt sich letzterer gewöhnlich mit einer diätetischen Behandlung, oft genug ohne die Harnorgane genau untersucht zu haben. Zu einer örtlichen Behandung entschließt er sich erst, wenn es zu acuter oder chronischer completer oder incompleter Harnverhaltung kommt. Aber auch dann geht die ärztliche Behandlung zunächst blos darauf hinaus, dem Patienten Linderung seiner Qualen zu verschaffen, nur in den äußersten Fällen, in denen sämtliche symptomatische Behandlungsmethoden im Stich lassen und dem Patienten directe Lebensgefahr droht, sucht man durch radicale Behandlung dem Uebel beizukommen. Kein Wunder also, daß es längerer Zeit bedurft hatte, bis zweckmäßige Methoden der chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie ausgearbeitet wurden.

Was die Methoden überhaupt betrifft, welche von den verschiede-

Dublin. Journal of Medical Science. 1836. — 7) Hilton, comp. (Rivington) Lancet, 1882, June 24. pag. 1025. — 8) Rivington, Rupture of the urinary bladder. Lancet, 1882, June. — 9) Stephen Smith, A contribution of the statistics of rupture of the urinary bladder, with a table of seventy-eight cases. By Stephen Smith, M D. Assist. Surgeon to Bellevue Hospital, New-York. New-York Journal of Medicine 1851. pag. 336 et seq. — 10) v. Beck. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. XIX. Bd, 1883.

Hottinger: **Ueber die Resorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase.** (Nach einem Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich. — Correspbl. für Schweizer Aerzte 1896, April.)

Darüber, ob in der gesunden Harnblase eine Resorption resp. Absorption sich abspiele, wird bis heute gestritten. Bei Ueberlegung der anatomisch-physiologischen Verhältnisse muß man sich in erster Linie darüber klar sein, daß der Urin zur Entleerung in die Blase ausgeschieden wird, daß diese nur ein Reservoir in Form eines Hohlmuskels darstellt und keine Schleimhaut, sondern nur eine mehrschichtige Epithelauskleidung besitzt. Für die Entscheidung der Frage stehen zwei Wege offen. — Feststellung der in der Blase vor sich gehenden Veränderungen an bekannt zusammengesetztem Urin oder die Wirkung von in die Blase injicirten Giften. Vortragender hat Versuche mit der Intoxicationsmethode mit Cocain und Strychnin gemacht und im Wesentlichen positive Resultate erzielt, die aber durch mehr oder weniger negative bei alten ausgewachsenen Tieren wieder eingeschränkt werden. Für jüngere Tiere von ca. 1500 g Gewicht fand er die letale Grenze für Strychnin bei 11 mg. Unterbindung von Urethra und Ureteren hat an den Resultaten nichts geändert. Versuche, ob eine Flüssigkeitsresorption (physiologische Kochsalzlösung) durch hochgradigen Schweiß und Blutverlust stattfinde, fielen negativ aus. Hottinger hält somit eine Wechselbeziehung zwischen Blasenepithel und -Inhalt — als Absorption — nicht Resorption vor sich gehend für normaliter vorkommend. Dieselbe ist aber derart gering, daß in praxi nicht mit ihr gerechnet werden kann. Li.

R. Mercier: **De l'épispadias chez la femme.** (Rev. d'orthop. 1895, No. 5. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 8.)

Unter Anführung und Recapitulation der bisherigen spärlichen Beobachtungen von weiblicher Epispadie, welche ausschließlich von französischen und deutschen Autoren herstammen (Nuñey-Guyon, Ahlfeld, Roser, Kleinwächter, Möricke, Frommel, Dohrn, Richelot, Schröder, Ginsburg, Auffret, Himmelfarb, Duraud), und welchen sich eine eigene Beobachtung bei einem 18monatlichen Mädchen aus der Kirmisson'schen Abteilung anreiht, bespricht Verf. die Symptomatologie, Pathogenese und Therapie des Leidens. Am meisten fällt natürlich der spontane oder bei dem geringsten Anstoße

eintretende Abfluß von Urin auf, welcher bei aufrechter Körperstellung vielleicht noch eher zurückgehalten werden kann als im Liegen. Daneben macht sich die Empfindlichkeit und der Schmerz in Folge des ewigen Urinreizes auf die Haut bemerklich. Die Geschlechtsfunctionen sind nicht wesentlich gestört, zwei Mal ist Gravidität mit normalem Ablaufe eingetreten; nur macht sich ein gewisser Mangel an Muskeltonus in Gestalt von Gebärmuttervorfall und Hernienbildung geltend. Characterisirt wird die weibliche Epispadie durch das Fehlen der vorderen Harnröhrenwand, entweder, und zwar häufiger, in partieller Weise, wobei nur der untere Teil fehlt, oder total, wobei die offene Rinne direct in die Blase führt. In zweifelhaften Fällen entscheidet die Sphincterfunction; ist noch eine Sphincterwirkung deutlich, so besteht eine partielle Epispadie. Die Harnröhrenöffnung ist aber außerdem stets verlagert, sie sitzt zwischen den Lippen der geteilten Clitoris oder noch höher. Eine Grenze zu ziehen zwischen ihr und der Ectopia vesicae ist darum nicht immer einfach. Entscheidend ist das Verhalten der Symphyse; ist eine solche vorhanden, so kann man eben von einer Blasenectopie nicht sprechen. Unter den Complicationen verdienen neben den Mißbildungen der Vulva die Verhältnisse, welche aus der Erschlaffung der Musculatur des Beckenbodens folgen, Beachtung, Uterusvorfall, Mastdarmvorfall, Hernien, Uterusverlagerungen, Sphincterschwäche u. dgl. Pathologisch-anatomisch ist nur ein Fall von Ahlfeld zu verwerten, bei dessen Section sich Verschluß der inneren Harnröhrenöffnung vorfand. Ersetzt wurde die Harnröhrenfunction durch den offen gebliebenen Urachus. Bezüglich der Pathogenese des Leidens wissen wir heute nur so viel, daß es sich um eine Entwicklungshemmung handelt; wodurch sie eintritt, vermag keine der aufgestellten Hypothesen mit Sicherheit zu erklären. Die Behandlung ist mehrfach mit gutem Erfolge nach der morphologischen Seite hin durch plastische Bildung eines Harnröhrencanals auf dem Wege der Lappenbildung und Anfrischung ausgeführt worden, von Kirmisson durch eine eigene Operationsmethode. Erreicht kann aber dadurch nur werden, daß der Urin tiefer abläuft, die Sphincterenschwäche kann natürlich leider nie ausgeglichen werden. K.

Resegotti: **Contributo alla cura radicale dell' ectrofia della vesica.** (Gazz. med. di Torino 1895, No. 47. — Centralbl. f. Chirurg. 1896, No. 8.)

Bei einem Mädchen mit Ectopia vesicae suchte R. das Ziel, welches die von Anders empfohlene Einpflanzung der Harnleiter in den Mast-

darm verfolgt, auf zwar langsamerem, aber ungefährlicherem Wege zu erreichen.

Zuerst wurde durch Lappenplastik von der Bauchhaut und den großen Labien, sowie durch Vernähung der kleinen Labien eine vordere Wand gebildet. Der Urin floß nun durch die Scheide und am Damm aus. Es folgte die Bildung einer Scheiden-Mastdarmfistel, dann longitudinale Durchtrennung des Septum vesico-vaginale und zuletzt ein völliger Verschluß der zur Scheide und Blase führenden Oeffnung am Damm. In der That gelang es so, völlige Continenz zu erzielen; der Urin wurde alle drei Stunden durch den After willkürlich entleert.

Leider bildete sich aber sehr rasch (gelegentlich einer Enteritis) doppelseitige Pyonephrose aus, die rasch zum Tode führte.

Dieser Mißerfolg der eigenen Methode, welcher bei Einpflanzung der Harnleiter in den Darm mehrfach beobachtet ist, veranlaßt den Autor selbst, jede künstliche Communicationsbildung zwischen Darm und Harnwegen als gefährlich zu verwerfen. **K.**

Pousson: **Die Fortschritte in der Chirurgie der Blasenectopie seit sechs Jahren.** (Annales d. malad. d. Organes génito-urinaires, Februar 1896.)

P. hat im Jahre 1889 eine Monographie des gleichen Thema's geschrieben. Es lagen vor 79 Fälle nach der autoplastischen Methode, d. h. mit Bauchhautlappenbildung, 10 Fälle mit Ableitung der Ureteren, 6 mit Naht der Blasenränder: die Mortalität betrug bei der ersten Methode 6,33 pCt., bei der zweiten, bei der die Ureteren in den Darm oder in die Penisrinne oder nach Sonnenburg in die Oberfläche des Bauches eingenäht wurden, betrug sie 30 pCt., die Naht der Blasenränder, ohne Annäherung der Symphyse nach Gerdy oder mit derselben nach Trendelenburg ausgeführt, ergab keinen Todesfall. Damals empfahl P. die autoplastische Methode trotz der Möglichkeit der Steinbildung bei dem heterologen Gewebe der Haut. Seine Ansicht hat sich in den sechs Jahren Dank den Fortschritten der Chirurgie sehr geändert. P. führt dies aus an der Hand von 52 Fällen. Vor Allem hat sich die Prognose der Annähung der Ureteren an den Darm bedeutend gebessert, die Mortalität ist von 30 pCt. auf 0 pCt. gesunken. Ferner ergaben die Versuche von Novaro und Tuffier, daß der mit seiner Oeffnung in's Rectum eingenähte Ureter keine ascendirende Pyelonephritis mehr in Erscheinung treten läßt, daß der Contact des Urins die Rectalschleimhaut nicht irritirt, es fanden nicht übermäßig viel Defäcationen statt. Auch die Naht der Blasenränder ist durch Segond mit einem Fortschritt bereichert worden, der ohne die von Trendelenburg und Passavant vorgeschlagene Trennung der Articulatio sacro-iliaca ein größeres und aus gleichartigem Gewebe herzustellendes Urinreservoir ermöglicht. Es fällt hierbei also die Gefahr der Steinbildung der autoplastischen Methode fort.

Das Verfahren von S. besteht darin, die ectopirte hintere Blasenwand

nach der Angabe von Sonnenburg abzutrennen, aber der Lappen wird nicht abgeschnitten, sondern auf die Penisspalte hinabgeschlagen und mit deren angefrischten Rändern vernäht. Dann wird die Vorhaut an ihrer Basis perforirt und über die Eichel gezogen. Schließlich deckt man mit Lappen der Bauchwand die aus der Abtrennung des Blasenlappens resultirende blutige Fläche. So wird also ein Schleimhautcanal gebildet. Während S. die dissecirte Blasenwand den Dimensionen der Penisspalte entsprechend zuschnitt, hat Poncet das Verfahren so vervollkommnet, daß er die Blasenwand in ihrer ganzen Grösse beliess, um ein geräumigeres Urinreservoir zu schaffen. Der einzige Nachteil der Methode ist, dass der dissecirte Schleimhautlappen, da das Bauchfell vermieden wurde, zu dünn wurde, um stets seine Vitalität zu behalten. Daher liegt der Gedanke nahe, auch das Bauchfell mitzunehmen, auch ist diese Idee im Princip in zwei Fällen von Maydl realisirt worden. Dieser resecirte die ganze hintere Blasenwand, nähte die Ureteren in das Colon und schloss die Bauchwand vollständig. Es ist demnach möglich, auch das Bauchfell zur Verstärkung des Blasenlappens heranzuziehen.

P. giebt nach dieser allgemeinen Skizzirung der Fortschritte der Chirurgie eine genaue Statistik der einzelnen Methoden. Von den 52 Operationen sind 17 nach der autoplastischen Methode ausgeführt worden, 13 Mal wurde die Naht der Blasenränder ausgeführt ohne Annäherung der Symphyse und zwar drei Mal directe Naht der Ränder, 10 Mal die Naht nach Segond; in 16 Fällen fand die Naht nach Annäherung des Os pubis ihre Anwendung, 6 Mal wurden die Ureteren verlagert. Die Mortalität betrug vier Todesfälle und zwar alle bei der Methode von Trendelenburg, d. h. der zu dritt beschriebenen, indessen keiner durch die Operationen, sondern zwei durch acute Nephritis, einer durch Chloroform, einer durch Jodoformvergiftung. Die autoplastische, die zweite und die letztbeschriebene Methode hatte also 0 pCt. Mortalität.

Während demnach die Gefahren der Methoden minimal sind, ist doch ihre Differenz hinsichtlich des functionellen Resultates, d. h. Schutz der Schleimhautfläche, Sammlung des Urins, formale Restitution der Genitalien bedeutend. Von den 17 Operationen mit Autoplastik misslang eine, bei der gab dann die Methode nach Segond ein gutes Resultat, bei allen andern war die anatomische Restitution der vorderen Blasenwand und der vorderen Harnröhrenwand complet; aber die Nachteile blieben die alten, nur in einem Falle von Walsham konnte Pat. 5 bis 6 Stunden den Harn halten, bei dem ragte eben die Blasenwand nicht vor, ectopirte also nicht, sonst war Incontinentia die Regel. Ferner ist die Steinbildung ein grosser Nachteil der Methode. — Die Naht der Blasenränder wurde in 27 Fällen vollzogen, in 16 mit Trennung der Synchondrosis sacro-iliaca. Diese fand sechs Mal subcutan statt, mit Hilfe des Trendelenburg'schen Gurts, zweimal mit Eröffnung der Weichteile, sechs Mal führte Berg die verticale Osteotomie des Os ilei aus, zwei Mal mobilisirte Schlange mit Hammer und Meissel die dem Schambein interponirten Gewebe. Von den erwähnten 4 Todesfällen betreffen drei Berg; wenn auch die Operation nicht die Todesursache war, ist seine Methode doch zu verwerfen.

Die functionellen Resultate rechtfertigen die frühere Meinung von P., dass die subcutane Trennung der Synchondrose allein beizubehalten ist, stets ist die

Incontinenz bei dieser Methode vorhanden. Die directe Naht der Blasenwände kann naturgemäss nur bei einer geringen Bauchblasenspalte ausgeführt werden, kommt also nicht in Betracht. In den 10 Fällen der Operation nach **Segond** gab es drei totale Misserfolge, ein Pat. starb drei Monate später an doppelseitiger Pyelonephritis, also unmöglich an der Operation; der Vorteil der Methode ist, wie erwähnt, die Unmöglichkeit der Steinbildung.

In den 6 Fällen der Verlagerung der Ureteren wurden diese zwei Mal in die Penisspalte eingenäht, vier Mal in's Rectum oder Colon. Das functionelle Resultat bei ersterem Verfahren ist das der Incontinenz, das letztere dagegen functionell ausgezeichnet. **Krynsky** stellte in Krakau einen nach dieser Methode Operirten vor, der seinen Harn 3–4 Stunden in der Ampulla recti ohne Schaden halten konnte. Sollten die folgenden Fälle gleich günstig verlaufen, so ist diese Methode die Methode der Zukunft. Daher sei zum Schluss die von **Maydl** beschriebene Operationsmethode genau angegeben. Die Bauchhöhle wird über dem Rande der ectopirten Blase eröffnet, und die Blasenwand resecirt mit Ausnahme eines ovalen Segments, das die Ureterenöffnungen umschliesst. Beim Weibe wird die Blase vom Uterus abgelöst, beim Manne unterhalb der Insertion der cavernösen Körper abgeschnitten Es werden nun feine Sonden in die Ureteren eingeführt und diese mit ihren Gefässen und dem Bindegewebe mobilisirt. Dann wird der Darm auf der convexen Seite longitudinal incidirt und Schleimhaut mit Schleimhaut, die Serosa mit der Musculatur vernäht. Der Darm wird in das Abdomen reponirt, und die Operation durch completen Schluss des Bauches beendet. **Hz.**

Monro: **Eine vom Vater auf sämtliche Nachkommen vererbte Incontinentia urinae nervösen Ursprungs.** (The Lancet, 14. März 1896.)

Die Familie besteht aus fünf Mädchen und einem Knaben. Das älteste, ein Mädchen von 18 Jahren, leidet öfter an Nasenbluten und ist sehr neurasthenisch. In früheren Jahren litt sie, ebenso wie ihre anderen Geschwister, an allnächtlicher Enurese, die etwa ein Jahr lang, nachdem sich in ihrem 14. Lebensjahre die Menses eingestellt hatten, fortblieb, dann aber, wenn auch nicht jede Nacht, wiederkehrte. Die Incontinenz stellt sich vorzugsweise etwa eine Woche vor dem Eintritt der Menstruation ein und auch am Tage beim Verrichten schwererer Arbeit. Das zweite, 16jährige, Mädchen muß beständig einen Urinrecipienten tragen, weil sie zu häufig uriniren muß und sich auch gelegentlich durchnäßt. Die Incontinenz verschlimmert sich ebenfalls einige Tage vor der Menstruation. Das dritte, 12 Jahre alte, Mädchen leidet an starker Enuresis nocturna, während die Incontinenz am Tage nicht erheblich ist. Das vierte, 6jährige, Mädchen durchnäßt in gleich starker Weise des Nachts ihr Bett und am Tage ihre Kleider. Das fünfte, 5jährige, Mädchen durchnäßt einmal in jeder Nacht ihr Bett, aber am Tage ist es frei. Der 8jährige Knabe durchnäßt sein Bett oft bis sechs Mal in einer Nacht. Alle Kinder litten oder leiden an nervösen Zufällen, Krämpfen u. dergl. Der Vater ist neurasthenisch und

litt an Enuresis nocturna bis in seine Jünglingsjahre. Seine anderen Verwandten sind frei von Enurese. Die Therapie ist bisher erfolglos gewesen. Die Kinder schlafen auf Strohsäcken, welche an jedem Morgen getrocknet werden. Lw.

Kelaiditis: **Behandlung der Enuresis nocturna mit ammoniakalischem Kupfersulfat.** (Journ. de méd. prat., 10. Juni.)

Ein Mädchen von 28 Jahren, die sehr nervös war, mit 17 Jahren menstruirt, von guter Constitution, litt seit ihrer Kindheit an fast täglicher Enuresis. Dies passirte aber nicht während der Zeit der Periode. Seebäder, Ergotin mit Eisen, Nux vomica, Strychnin, Belladonna etc. waren erfolglos. Das ammoniakalische Kupfersulfat, das K. gegen die nächtlichen Pollutionen zu 0,2 g auf 15 g Aq. destill., 3—4—6 Tropfen 2 Mal tägl. z. n., mit günstigem Erfolg anwandte, half wunderbar. Durch den beständigen Gebrauch des Mittels ist die Pat. ganz geheilt. K. folgert aus der Erfolglosigkeit der Mittel, daß weder eine Atonie des Sphincter noch Hyperästhesie desselben vorliegt, vielmehr ist die Enuresis eine Neurose, was der Erfolg des Nervinum beweist. Hz.

Strachau: **Drei Fälle von auf chirurgischem Wege erfolgreich behandelter Enurese.** (Med. Record, 7. März 1896.)

Die beiden ersten Fälle betrafen Geschwister, einen Knaben von 6 und ein Mädchen von 4 Jahren. Der Knabe zeigte ein phimotisch verengtes und der Glans penis adhärirendes Präputium. Dasselbe wurde von der Glans losgelöst und mittelst eines Dilatators erweitert. Die Enurese wurde dauernd beseitigt. Bei dem Mädchen bestanden ähnliche Verhältnisse an der Clitoris. Die Adhäsionen wurden gelöst und das verlängerte Präputium circumcidirt. Der Erfolg war ein gleicher. Im dritten Falle handelte es sich um einen 15jährigen Jüngling, bei dem bereits alle möglichen therapeutischen und pädagogischen (körperliche Strafen) Versuche ohne Erfolg angestellt worden waren. Die Untersuchung ergab ein sehr langes und sehr fest adhärirendes Präputium. Es wurde die Circumcision ausgeführt und die Adhäsionen gelöst, was ziemlich schwierig war. Die Enurese blieb ebenfalls dauernd fort. Diese Fälle zeigen, wie wichtig eine sorgfältige Besichtigung der Genitalien bei Enurese ist. Es empfiehlt sich, dieses gewohnheitsgemäß bei jedem Kinde gleich nach der Geburt zu thun und dann sofort eine etwaige Anomalie zu corrigiren, womit in vielen Fällen der Entwicklung einer Enurese vorgebeugt wird. Lw.

Dr. Niehans: **Ein Fall von Inversion der Harnblase.** Nach einem Vortrag im medicinisch-pharmaceutischen Bezirksverein Bern. (Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte, Mai 1896.)

Der 23jährige, hereditär tuberculös belastete Patient stand seit längerer Zeit wegen Strictura urethrae in Behandlung. Gonorrhoe

negirt, jedoch nach Symptomen und Verlauf solche und nicht Tuberculose als ätiologisches Moment wahrscheinlich. Sitz der Strictur in der Pars membranacea. In Folge voraufgegangener Versuche mit dem Katheter Entzündung und fast völlige Undurchgängigkeit der Strictur. — Urethrotomia interna und Dauerkatheter. Guter Erfolg.

Beim Aufstehen ungewöhnliche Störung beim Uriniren: Patient urinirt mit ziemlich kräftigem Strahl, plötzlich wird der letztere für einige Augenblicke völlig abgeschnitten. Bei der Untersuchung gelangte Vortr. per exclusionem zu der Annahme einer Inversion der hinteren Blasenwand.

Epicystotomie: Sehr weite Blase nach allen Richtungen, sehr dünne Wandungen, Epithel glatt, grauweiß. Hintere Wand durch den Druck der Gedärme nach vorn resp. unten eingestülpt (analog der Inversion des Fundus uteri), das Orificium internum von normalem Aussehen. Schluß der Blasenwunde durch dreifache Naht. Heilung per primam. Die Operation schien für die Blasenmusculatur einen wohlthätigen Impuls gegeben zu haben, die plötzlichen Verschlußerscheinungen blieben zwar nicht völlig aus, stellten sich jedoch nur selten ein. Faradisiren der Blase, warme Bäder mit darauffolgender ganz kurzer kalter Douche auf die Kreuzgegend trugen das Ihrige zur Besserung bei.

In den Lehrbüchern ist von einem derartigen Vorkommnis nichts erwähnt. Li.

Karl Schuchardt: **Spontane Heilung einer inoperablen bösartigen Blasengeschwulst.** (D. med. Woch. 1896, No. 9.)

57jähriger Arbeiter. Seit vier Jahren Urinbeschwerden, Behinderung und starkes Drängen beim Wasserlassen, keine Schmerzen, im letzten Sommer mehrere Tage lang blutiger Harn; seit sechs Wochen trüber, stinkender Urin, viel Schmerzen im Unterleibe, starke Abmagerung und Entkräftung.

Cachectisch aussehender, stark abgemagerter Mann, fieberlos. Im Bauche oberhalb der Symphyse eine Hervorwölbung der Bauchdecken von ca. Handbreite, beim Betasten straußeneigroßer harter Tumor fühlbar, der beiderseits, besonders links, bis dicht an die Beckenwand heranreicht. Bauchhaut über der Geschwulst wenig verschieblich, sonstige Bauchhaut schlaff, welk, leicht verschieblich. Vom Rectum eine kuglige, das Becken fast ausfüllende Geschwulst fühlbar, die das Rectum zusammendrückt, dicht an die linke seitliche Beckenwand reicht und stellenweise mit ihr verwachsen zu sein scheint, rechts scheint die Geschwulst frei von Verwachsungen zu sein. Prostata von der

Geschwulst als kleiner Höcker abgrenzbar, hinter diesem seichte, quere, darauf in die Geschwulst übergehende Incision. Beim Katheterisiren zeigt sich das Lumen der Harnblase sehr stark verkleinert, der Katheter hat fast gar keinen Spielraum in der Blase. Keine Strictur. Urin fast rein eitrig, ammoniakalisch riechend.

Auf Grund dieses Befundes Diagnose: bösartiger Blasentumor; Laparatomie. Breite bogenförmige Incision quer oberhalb der Symphyse, die im Verlaufe der Operation von einer Spina ant. sup. zur anderen verlängert wird, um Platz zu gewinnen und alle topographischen Verhältnisse der Geschwulst genau untersuchen zu können. Nach Bloßlegung des M. rectus abdominis erweist sich seine Substanz bis handbreit oberhalb der Symphyse von Geschwulstknoten bis Haselnußgröße durchsetzt, die auf dem Durchschnitt ein markiges, gleichmäßig grauweißes Aussehen darbieten. Im Bereiche der Geschwulstinfiltration ist die Muskulatur mit der Bauchwand ziemlich innig verwachsen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich die Harnblase als ein zweimannsfaustgroßer, derber, höckriger Tumor, der an der Hinterfläche frei umgreifbar, an der Vorder- und den beiden Seitenflächen dagegen fest verwachsen erscheint. Ueberdies ist auch an die linke Hinterfläche der Geschwulst eine Dünndarmschlinge so fest verwachsen und anscheinend in die Neubildung einbegriffen, daß eine ausgedehnte Darmresection nicht zu umgehen gewesen wäre. Der Bauchfellüberzug des Darmes war an dieser Stelle bereits weit von Geschwulstmasse durchsetzt. Das Beckenbindegewebe ist beiderseits bereits infiltrirt, besonders links, wo auch die A. iliaca umwachsen zu sein scheint. Aus diesen Gründen wird die Operation als aussichtslos nicht fortgesetzt, der Fall verloren gegeben. Bauchfell und infiltrirter M. rectus klaffen zu stark auseinander, um ganz vereinigt werden zu können. Die Bauchwunde wird wenigstens so weit geschlossen, daß nur eine 12 cm lange Stelle in der Mitte der Operationswunde offen bleibt.

Im weiteren Verlauf hatte Pat. viel Schmerzen in der Blasengegend, lag einige Tage nach der Operation collabirt danieder; beim ersten Verbandwechsel nach acht Tagen zeigt sich die Wunde reactionslos aussehend, Allgemeinbefinden sehr schlecht. Beim zweiten Verbandwechsel nach sechs Tagen wird die freiliegende granulirende Fläche durch einige Secundärnähte zusammengezogen, Wunde sonst gut geheilt. Urin seit der Operation dick, trübe, fast rein eitrig, ohne Blutbeimengung, beim Uriniren Schmerzen, auch Harndrang. Nach fünf Tagen entleert sich aus der secundär genähten und wieder aufgeplatzten Wunde eine große Menge stinkenden Eiters, die Bauchwunde

secernirt in den nächsten $3^1/_2$ Wochen ungeheuer stark; täglicher Verbandwechsel notwendig, niemals Abstoßung von Gewebsteilen bemerkt, darauf plötzliches Aufhören der starken Eiterung, Besserung des Allgemeinzustandes, Urin völlig klar, eiweißfrei, die Wunde granulirt außerordentlich gut. Eine zurückbleibende Fistel wird einige Wochen später gespalten, wobei mehrere Seidenligaturen zu Tage treten und entfernt werden, welche offenbar die Fistel unterhalten haben. 3 Monate darauf wird Pat. als völlig geheilt entlassen: an der Harnblase ist keine Spur einer Abnormität mehr zu entdecken. Letzte Nachricht vom Patienten 10 Wochen nach der Entlassung: die Heilung besteht fort.

Leider ist der Tumor nicht anatomisch untersucht worden: doch dürfte es sich nur um eine sarcomatöse Geschwulst gehandelt haben. Ferner ist auch bacteriologische Untersuchung des aus der Bauchwunde sich entleerenden Eiters vorgenommen worden. Es ist in diesem bemerkenswerten Falle eine maligne (Blasen-) Geschwulst unter dem Einfluß einer hochgradigen Eiterung — nicht wie in den bisher bekannten Fällen nach einem Erysipel — verschwunden und, wie es scheint, ausgeheilt. Welche Rolle in diesem Falle der Streptokokkus gespielt hat, läßt sich nicht sagen. Von Interesse ist es jedoch, daß eine Beobachtung, die Schuchardt wiederholt gemacht zu haben glaubt und auf die schon Volkmann hingewiesen hat, daß nämlich Kranke, die eine schwere chirurgische Infection, ganz besonders mit Streptokokkengift, glücklich überstanden haben, in der Reconvalescenz eine ganz besonders rasche Zunahme ihres Körpersgewichtes und eine eigentümliche, höchst characteristische, rosige Gesichtsfarbe gewinnen, auch in dem beschriebenen Falle zutraf. Kramm.

Degen: **Ruptur der hinteren Blasenwand. Naht. Heilung.** (Münch. Med. Woch. 1896, No. 4.)

Nach Besprechung der Symptome, der Differentialdiagnose und der Therapie der extra- und intraperitonealen Blasenrupturen berichtet Verf. folgenden Fall:

31jähriger Fabrikarbeiter stürzte nach reichlichem Biergenuß ca. 25 Stufen einer Treppe hinab. Bewußtlosigkeit während der Nacht. Am nächsten Tage ausgesprochener Collaps, Unvermögen, Urin zu lassen. Blasengegend enorm empfindlich gegen Druck, etwas hervorgewölbt und diffus gedämpft. Der Katheter entleert einige Eßlöffel reines Blut. Am folgenden Tage erstreckt sich der Dämpfungsbezirk über die ganze Unterbauchgegend. Katheter entleert nur flüssiges Blut oder Gerinnsel. Sehr quälender Harndrang. Fortwährendes Erbrechen.

Operation in Aethernarcose nach vorheriger Injection von 0,02 Morph. Schnitt in der Linea alba. Nach Eröffnung des Bauchfells stürzt eine blutige Flüssigkeit (mindestens 2 l) hervor. Einführung eines Metallkatheters in die Blase. Vordere Wand und Kuppe intact; unmittelbar unterhalb dieser ein ca. 4 cm langer, von links oben nach rechts unten verlaufender Riß. In der Blase massenhafte Blutgerinnsel. Austupfung und Reinigung der Bauchhöhle mit steriler Gaze. Wegen des beständigen Aufsteigens von blutigem Urin und der schweren Zugänglichkeit der hinteren Blasenwand ist die Anlegung der Naht schwierig. Dieselbe wird möglichst enge durch Serosa und Submucosa gelegt. Eine zweite, nur das Bauchfell fassende Naht mußte wegen des collabirten Zustandes des Patienten unterbleiben. Dauer der Operation zwei Stunden. — Am folgenden Tage sind Schmerz und Harndrang verschwunden. Spontane Urinentleerung. Vom zweiten Tage an ist der Urin trübe, stark zersetzt, an manchen Tagen die reinste Jauche. Neben der Cystitis, die merkwürdiger Weise kaum nennenswerte Beschwerden machte, stellt sich am vierten Tage eine rasch verlaufende Pneumonie (Infarct?) und eine Phlegmone des pravesicalen Bindegewebes mit hohem Fieber ein. Nachdem der Urin eine Woche lang auf natürlichem Wege entleert war, durfte man hoffen, daß der Blasenriß endgiltig geheilt sei, indeß am siebenten Tage strömte aller Urin aus der Bauchwunde. Die Naht mußte sich also gelöst haben. Vielleicht war die einfache Naht nicht genügend gewesen. Der Hauptgrund dürfte aber die Cystitis gewesen sein, indem sich in der serös durchtränkten Blasenwand die Fäden lockerten. Immerhin hatte die Naht den Riß so lange zusammengehalten, bis durch Verklebungen die Peritonealhöhle gegen die nächste Umgebung der Ruptur abgeschlossen war, so daß der Urin mit dem Eiter der Phlegmone vermischt hinter der Symphyse in die Höhe stieg, ohne in die Bauchhöhle zu gelangen. Ueberraschender noch als der Wiederdurchbruch trat in kurzer Zeit Heilung ein. Schon am Tage nach dem Urinaustritt aus der Wunde kam etwas Urin per urethram, am 14. Tage schon die gesamte Urinmenge, während die Bauchwunde sich allmählich schloß. Zugleich wurde der Urin klar und geruchlos. Drei Monate nach dem Unfall nahm Pat. seine Arbeit wieder auf und ist gesund geblieben. — Was die Heilung des Risses betrifft, so hat er sich zunächst wahrscheinlich durch Contraction der Blasenmuskulatur wieder geschlossen, die nach dem Ablauf der Cystitis wieder leistungsfähig geworden war. Die definitive Heilung kann dann durch unmittelbare Verklebung der Wundränder oder durch Bildung von Granulationen aus der Absceßwand erfolgt sein.

Verf. zieht aus dem Fall folgende — nicht allgemein giltige —

Schlüsse: „Selbst stark mit Blut vermischter Urin, der aus einer Blasenruptur in die Peritonealhöhle strömt, wirkt auch nach 48 Stunden noch nicht septisch, vorausgesetzt, daß zu häufiges Manipuliren mit dem Katheter unterlassen wird. Laparotomie und Blasennaht sollten deshalb auch noch nach dieser Zeit versucht werden, wenn auch der Patient schon hochgradig collabirt ist; auch wäre im letzteren Falle die Narcose mit Aether vorzuziehen. Hält die Naht nur etwa eine Woche, so ist die Peritonealhöhle durch Verklebungen vor dem wieder austretenden Urin geschützt. Es kann auch bei Wiederaufgehen der Naht, wobei sich der gesamte Urin in den Raum hinter der Blase ergießt, vollkommene Heilung eintreten, über deren Modus sich nur Vermutungen aufstellen lassen.“ K.

Delagenière: **Exstirpation der Blasenschleimhaut bei Blasentuberculose.** (Soc. de chirurg., 27. März 1895 nach Ann. des malad. d. Org. génito-urinaires, Januar 1896.)

Die Operation betrifft einen Mann von 54 Jahren, der seit einem Jahre an häufigem Harndrang leidet, am 15. Mai 1894 erleidet er eine ihn sehr schwächende starke Hämaturie. Die Mictionen werden wieder normal, am 20. Mai tritt wieder Hämaturie ein, die bestehen bleibt und sehr reichlich ist. Es werden sehr heiße Blasenausspülungen erfolglos angewendet. Die Untersuchung ergiebt, daß der vierte Teil des 24stündigen Urins, etwa 500 g, reines Blut ist. Der Katheterismus gelingt leicht. Die Exploration der Blase ergiebt Nichts, am Ende der Entleerung der Blase kommt reines Blut. Da der Verweilkatheter nicht vom Pat. vertragen wird, macht D. als letztes Mittel die Sectio alta. Die Blase zeigt bei der Operation eine rote, geschwollene und gefaltete Schleimhaut. D. excidirt die ganze Blasenschleimhaut, diese läßt sich an der ganzen vorderen Blasenfläche leicht von der Muscularis ablösen, dagegen war die Schleimhaut auf den Seitenflächen und am Collum der Blase stark adhärent, gerade an diesen Stellen scheint sie am meisten erkrankt. Als die Schleimhaut excidirt war, zeigte die ganze innere Blasenoberfläche eine blutige Fläche. D. macht eine sehr heiße Blasenausspülung, bis das Blut zu rinnen aufhört. — Die histologische Untersuchung der Schleimhautfetzen ergab, daß die Schleimhaut fast ganz aus vascularisirten Granulationen bestand, das Epithel war meist geschwunden. In der Tiefe der Granulationen fanden sich käsige Massen, die Muscularis war intact. Die Diagnose lautet: Chronische Tuberculose der Blasenschleimhaut. — Die Genesung erfolgt ohne Zwischenfälle, Hämaturie tritt nie wieder auf bis zum Tode des Pat. im December 1894 an Lungenschwindsucht. Die Schlüsse aus dieser

Abhandlung sind nach D.: 1) nach der Operation hören Hämaturie und alle cystischen Erscheinungen absolut auf; 2) man kann eine vollkommene Heilung erzielen, wenn allein die Schleimhaut krank ist. Ferner ist nach D. zu constatiren, daß die Hämaturie nicht selten die Blasentuberculose maskirt, ferner ist die Exstirpation der Blasenschleimhaut als eine palliative auszuführen, wenn bei Urogenitaltuberculose Blasenhämaturie erfolgt, ferner ist sie indicirt, wenn das Blasencurettement erfolglos ist. Hz.

X. Ureter und Nierenbecken.

Spaletta: **Zwei Fälle von incompleter Duplicität des Ureters.** (Soc. anatom., Juli 1895 nach Ann. d. malad. d. Org. génit.-urin., Febr. 1896.)

Im ersten Falle handelt es sich um die linke Niere, deren Hilus zwei Nierenbecken umschließt, diesen entsprechen zwei Ureteren, die sich 10 cm von der Blase vereinigen. Ihr Volumen ist normal, eine Gefäßanomalie nicht vorhanden. Im zweiten Falle herrschten ähnliche Verhältnisse und betraf die Duplicität die rechte Niere. Hz.

Boari: **Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial. Recherches experimentelles.** (G.-A., Januar 1896.)

Ueberpflanzung der Ureteren auf die Darmschleimhaut wurde — ohne Erfolg — zuerst von Simon (1875), hierauf von Thomas wegen Blasenectopie versucht, die ersten Tierversuche wurden 1881 von Gluck und Zeller gleichfalls ohne Erfolg ausgeführt. Bardenheuer gelang es zwar, jedoch wegen der Narbenstrictur nicht ohne Hydronephrose. Die ersten günstigen Erfolge wurden von Novaro (1887) gemeldet, allerdings nur bei Hunden. Spätere Beobachtungen zeigten wieder negative Resultate. Giordano und Vignoni veröffentlichten später weitere günstige an Hunden angestellte Versuche. Am Menschen machte Küster 1891 zum ersten Male den Versuch, bei Prostata-, Blasen- etc. Carcinom die Ureteren auf das Rectum überzupflanzen (Tod vier Tage darauf an Peritonitis); besser gelang es Pawlik (1891), die Ureteren in die Scheide einzuleiten. Letztere wurde mit der Harnröhre vernäht und mit Hilfe der Episiorrhaphie geschlossen. Endlich hat Chaput in zwei Fällen, ein Mal beide Ureteren (Exitus letalis), ein Mal einen Ureter (Erfolg) auf das Rectum überpflanzt. Weiterhin sind ähnliche Fälle von Maydl, Trendelenburg u. A. (die

Verf. sorgfältig registrirt) beobachtet worden. Das Gelingen der Operation ist bei der relativen Häufigkeit der Fälle, in welchen sie indicirt ist, von großer Bedeutung: Hierher gehören schwere, zur Exstirpation der Blase führende Affectionen, Uterusexstirpation mit teilweiser Affection eines oder beider Ureteren, Fistelbildung des Ureter etc. etc. Von den Implantationsorten hat man bisher gewählt 1) die Bauchwand, 2) die Harnröhre, 3) den Darmcanal. — Von diesen ist das erste Verfahren wegen drohender Infection und dauernden Urinträufelns zu verwerfen. Die zweite Methode ist höchstens für einige Fälle von Blasenatrophie und auch dort nur in beschränktem Maße, da es auch nicht die Blaseninconntinenz beseitigt, anwendbar. Andererseits ist an sich die ausgedehnteste Resection der Blasenwand möglich. Am ansprechendsten ist die dritte Methode, die Ueberpflanzung auf das Rectum. Befürchtet wird hier nur die Niereninfection. Indessen auch diese soll gegenstandslos sein, wenn man nur den „Sphincter vesico-ureteralis“ erhält. Gelingt dies nicht, so entsteht allerdings — nach Verf. als Folge der consecutiven Hydronephrose — Niereninfection. Die Hydronephrose ihrerseits ist zurückzuführen auf die in Folge der mangelhaften Einpflanzung hervorgerufene Narbenbildung. Verf. kommt somit zu dem Schluß, daß alle die Operationsfolgen, die in einer fehlerhaften Circulation des Harns gipfeln, Ursache des Mißlingens der bisherigen Versuche gewesen sind. Um diesen vorwiegend in der Naht begründeten Mißständen zu begegnen,- hat Verf. einen nach Art des Murphy'schen Knopfes construirten Knopf construirt, der nach Vereinigung der Ureteren mit dem Mastdarm per anum ausgestoßen wird. — Nach einigen am Hunde gemachten Vorversuchen, die fast sämtlich glückten, wurde vom Verf. in zwei Fällen die Methode beim Menschen angewandt. In einem Falle wurde bei einer tuberculösen Frau in zwei Zeiten erst der linke, dann der rechte Ureter auf das Colon descendens überpflanzt. Tod 35 Tage nach der Operation. — In dem zweiten Falle handelte es sich um Vesico-vaginal-Fistel mit vollständiger Zerstörung der Harnröhre. Hier wurde der linke Ureter in das Colon descendens eingepflanzt. Pat. befindet sich jetzt — sechs Monate per operationem — wohl. Sie läßt alle 3—4 Stunden Urin sowohl durch die Scheide, wie durch den After. Die Ausstoßung des Knopfes erfolgte am 10. resp. 12. Tage per operationem. Um den Termin der Ausstoßung noch weiter hinauszuschieben, hat B. den Knopf so modificirt, daß er ohne Gefahr weit länger in der Urethra bleiben kann. — Da ferner die erste Urinentleerung sehr mäßig ist und gewöhnlich erst nach 15—24 Stunden p. o. erfolgte, so warnt Verf. vor der Operation in einer Sitzung, um der Urämie zu begegnen. Die Ueberpflanzung wird, um der immerhin wahrscheinlichen Peritonitis vorzubeugen, am besten extraperitoneal vorgenommen. In diesem Falle riskirt man schlimmstenfalls eine Harnfistel. — Die Einpflanzung selbst — sie wird vom Verf. unter illustrativer Vorführung der einzelnen Stadien eingehend beschrieben — vollzieht sich genau nach Analogie der Operation des Murphy'schen Knopfes. Dieses Verfahren hat Verf. nun in verschiedener Weise modificirt, indem er Teile

des Trigonum auf die Ureteren einpflanzte und aus dem Rest der Blase eine neue Höhle bildete etc. — Den Beschluß der Arbeit macht der Hinweis auf die Möglichkeit, die qu. Methode auch bei den von anderen gemachten Vorschlägen anzuwenden. — Die Arbeit enthält einen ausführlichen bibliographischen Nachweis.

Mauclaire: **Chirurgische Experimente bei Behandlung der Ectrophia vesicae und complicirtem Anus praeternaturalis.** (Vom 9. französischen Chirurgen-Congresse am 21.—26. October 1895. — Guyon's Annalen, December 1895.)

Verf. hat bei Hunden Experimente gemacht, um das Rectum, das bei Einpflanzung der Ureteren in die Schleimhaut desselben die Gefahr der ascendirenden Nephritis bedingte, aseptisch zu machen und so diese Gefahr auf ein Minimum zu reduciren. Verf. hat daher die Ureteren in die Gegend des S. Romanum überpflanzt, dessen obere Schnittfläche durch Vernähung der serösen Platten des Peritoneum abgeschlossen und den Koth durch Schaffung eines Anus praeternaturalis abgeleitet. Auch beim unerwachsenen Menschen ist es nicht schwer, den im kleinen Becken befindlichen Teil des Colon durch den Musculus levator ani hervorzuziehen und ohne Zerrungen herbeizuführen, einen Anus praeternaturalis in der rechten Fossa ischio-rectalis anzulegen. — Die aseptische Verbindung des Ureter mit dem Rectum ist zu sichern durch besonders construirte Röhren, die man nach einigen Tagen entfernen kann, wenn die Nähte geheilt sind. — Außerdem werden vom Verf. noch Mitteilungen über die Behandlung complicirter Fälle von Anus praeternaturalis gemacht, die indessen hier ohne Bedeutung sind. Lohnstein.

Laroche: **Pyelonephritis bei Vorhandensein einer Niere. Plötzlicher Tod.** (Société d'anat. de Bordeaux, 25. Nov. 1895 nach Ann. des malad. des Organes génito-urinaires, Febr. 1896.)

Ein 10jähriger Knabe kam wegen einer congenitalen Urethrorectalfistel in's Krankenhaus. Der Kranke ist sehr mager und hat beiderseitigen Kryptorchismus. Die Palpation des Abdomens war schmerzhaft, ein Tumor in der Nierengegend als vergrößerte Niere erkennbar, der Urin ist trübe und enthält 0,75 g Albumen im Liter Harn. Plötzlich stirbt Pat., während er mit einem Kameraden plaudert. Die Autopsie ergab eine Niere mit zwei Ureteren und einer Renalarterie. Die Beobachtung lehrt, daß congenitale Anomalien selten solitär vorkommen und daß Individuen mit einer kranken Niere plötzlich sterben können. Hz.

M. Mendelsohn (Berlin): **Pyelonephritis gonorrhoica.** (Sitzung der Hufeland'schen Gesellschaft vom 12. December 1895.)

Verf. stellt einen 70jährigen Kranken vor, welcher an Pyelo-

nephritis leidet. Der Patient war vor einem Jahre schwer erkrankt und 6 Monate lang, oft in höchster Lebensgefahr, durch eine Nierenentzündung an das Bett gefesselt gewesen. Für die Entstehung seiner Krankheit konnten weder er, noch seine Aerzte eine Ursache auffinden: bis dahin war er, abgesehen von einer Gonorrhoe im Jahre 1850, welche damals behandelt worden war und von der er Erscheinungen nie wieder bemerkt hat, hinsichtlich seines Harnapparates stets völlig gesund gewesen. Als er jetzt vor einigen Monaten, da er nach dem Harnlassen nicht mehr das Gefühl vollständiger Befriedigung hatte, die Poliklinik von Mendelsohn aufsuchte, constatirte dieser eine hochgradige Strictur der Harnröhre, die mit einer filiformen Bougie erst nach vielfachen Versuchen passirt werden konnte. Mit der bei solchen Krankheitszuständen notwendigen Langsamkeit und Vorsicht wurde die Strictur bis auf No. 14 der Charrière'schen Scala erweitert; entsprechend der Erleichterung des Harnabflusses besserte sich das Befinden des Patienten sowohl wie der Zustand des Harns; während dieser zuvor reichlichen Eiweißgehalt und zahlreiche Harncylinder und Leukocyten aufwies, wurde der Eiweißgehalt ein geringer und die Zahl der Harncylinder eine spärliche. Das durch Centrifugiren gewonnene Sediment zeigte fast regelmäßig in seinen Leukocyten zahlreiche Gonokokken, welche typisches Aussehen hatten und mit der Gram'schen Methode sich entfärbten; sonst waren Mikroorganismen in dem niemals zersetzten, stets sauer reagirenden Harn nicht vorhanden. Auch wenn die Blase vollständig entleert und hinterher Blase und Harnröhre sorgfältig ausgespült wurden, zeigte der unmittelbar danach aus einem eingelegten Katheter abtröpfelnde, also direct aus den Ureteren herabfließende Harn trotzdem die gleichen Verhältnisse hinsichtlich der Gonokokken; ein exacteres Auffangen mit Hilfe eines Katheterismus der Ureteren war wegen der noch bestehenden Verengerung der Harnröhre nicht möglich.

Es handelt sich hier um eine ascendirende gonorrhoische Pyelonephritis. Ihre Ursache sieht Mendelsohn in der vor 45 Jahren stattgehabten gonorrhoischen Infection; wenn auch an Angaben der Patienten, sie hätten keine neue Infection erlitten, die schärfste Kritik angelegt werden muß, so ist hier an der Glaubwürdigkeit des sehr vertrauenswürdigen alten Herrn um so weniger zu zweifeln, als er eine später erlittene syphilitische Infection offen bekennt und vor Allem während seiner schweren Erkrankung sicherlich auf eine vorhergegangene Urethritis aufmerksam gemacht hätte, wenn diese innerhalb eines Zeitraumes zuvor stattgefunden hätte, in welchem er einen Zusammenhang zwischen ihr und der Nephritis hätte annehmen können. Zudem zeigte

er während der Beobachtungsdauer niemals auch nur die Spur irgend welcher Secretion der Harnröhre; auch Ausspülungen der vorderen Harnröhre förderten keinerlei Absonderungsproducte. Die Beobachtung hat somit doppeltes Interesse: einmal das Vorhandensein von Gonokokken in den hinter der Strictur belegenen Partien der harnableitenden Wege und ihre Ausbreitung bis in das Nierenbecken noch nach der außerordentlich langen Zeit von 45 Jahren nach stattgehabter Infection; sodann aber enthält sie die practische Lehre, in keinem Fall einer Nierenerkrankung, deren Ursache nicht klar zu Tage liegt, zu verabsäumen, eine locale Untersuchung von Harnröhre und Blase vorzunehmen. Paul Jacobsohn (Berlin).

XI. Niere.

Dr. Sacaze: **Ein Fall von acuter schwerer Nephritis, verursacht durch eine von zwei kleinen Hautwunden aus erfolgte Staphylokokken-Infection.** (Revue de Médecine, Februar 1895.)

Die klinischen Beobachtungen haben gezeigt, daß nicht nur schwere Infectionskrankheiten, sondern auch viel leichtere Erkrankungen, wie Angina catarrhalis, einige Bronchitisformen, infectiöse Enteritis u. s. w., eine Nierenentzündung herbeizuführen vermögen. Es kommt sogar vor, daß nach ganz oberflächlichen circumscripten Hautulcerationen acute tötliche Nephritis entsteht, wie das in der folgenden Mitteilung des Verf.'s der Fall ist.

Der betreffende Patient, ein 65jähriger, stets gesund gewesener Arbeiter, zog sich beim Holzhauen eine geringfügige Verletzung der Rückenflächen der beiden Hände zu. Es waren nur oberflächliche Contusionen entstanden, die sich jedoch in Folge des anhaftenden Schmutzes entzündeten und zu eitern begannen. Nach 2—3 Tagen stellte sich plötzlich wiederholter heftiger Schüttelfrost, allgemeines Unwohlsein und hierauf Oedeme zuerst im Gesicht und dann in den unteren Extremitäten ein. Die Temperatur blieb normal. Es bestand Husten und schleimiger Auswurf. Auscultation: Verringerung des Atemgeräusches in den beiden Lungen und mittelblasige Rasselgeräusche. Der spärliche Urin enthielt Eiweiß, 3,25 g p. Liter.

Trotz der absoluten Milchdiät, trotz der energischen medicamentösen Behandlung verschlimmerte sich der Zustand des Patienten. Die

Albuminurie, die Oedeme nahmen zu, es stellten sich anhaltender Kopfschmerz, Erbrechen, Stupor, Pupillenverengerung ein. Nach drei Monaten starb der Patient.

Bei der mikroskopischen Untersuchung konnten in der Niere weder Infarcte, noch Eiteransammlungen constatirt werden. Die Intensität der nephritischen Veränderungen konnte leider nicht festgestellt werden, da die Gewebe intensiv mit Methylenblau gefärbt waren, welches bei dem Patienten früher therapeutisch angewendet wurde.

Was das Secret der Hautwunden betrifft, so wurde es schon zu Lebzeiten des Patienten einer bacteriologischen Untersuchung unterzogen, welche nur eine einzige Microbienart, den Staphylococcus albus in reichlicher Menge ergab. Von der Reincultur dieser Staphylococcen wurde eine kleine Quantität in das Unterhautzellgewebe eines Kaninchens injicirt mit dem Resultate, daß das Tier nach 19 Stunden starb, ohne daß während des kurzen Krankheitsverlaufs eine Temperaturerhöhung wahrgenommen werden konnte. Der Urin des Tieres enthielt Eiweiß. Section: starke Hyperämie der Lungen und der Leber, Rötung und Schwellung der Nieren, Oedem an der Injectionsstelle.

Auf Grund obiger Thatsachen nimmt Verf. an, daß in seinem Falle eine Staphylokokkeninfection der oberflächlichen Hautulcerationen stattgefunden hat und daß die Microbien dann, in den Blutkreislauf gelangt, die acute Nephritis verursacht haben. Diese Annahme findet eine kräftige Unterstützung in manchen analogen Beobachtungen anderer Autoren, in denen es sich um Nephritiden handelt, welche nach Osteomyelitis, nach Carbunkeln, d. h. nach Affectionen mit zweifelloser Teilnahme der Staphylokokken in der Aetiologie entstanden sind. Verf. ist auch anzunehmen geneigt, daß die Nephritiden, welche im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten entstehen, ebenfalls durch Staphylokokken hervorgerufen werden. Li.

Dr. Tscheschichin: **Ein Fall von acuter Nephritis, complicirt mit Gangrän der unteren Extremitäten.** (Medicinskoe Obosrenie, März 1896.)

Verf. beschreibt einen Fall von acuter Nephritis bei einem 37jährigen, früher stets gesund gewesenen Manne, in deren Verlauf sich Gangrän der unteren Extremitäten einstellte. Trotz aller Mittel ergriff dieselbe immer größere und größere Partien der Extremitäten, verbreitete sich schließlich auf den Hodensack und die Bauchdecken und führte in fünf Tagen den Tod des Patienten herbei. Verf. nimmt mit Sicherheit an, daß die Gangrän in seinem Falle durch Thromben-

bildung verursacht wurde, welche eine Verstopfung der Arterien in den betreffenden Gebieten bewirkte. Die bei acuter Nephritis entstehenden Gifte rufen bekanntlich im Organismus viele Erscheinungen hervor, die im Allgemeinen an eine Vergiftung erinnern, so z. B. Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, deprimirte Gemütsstimmung, Schwindel, Convulsionen u. s. w. Im Falle des Verf.'s äußerte sich nun die infectiöse Wirkung der acuten Nephritis hauptsächlich in der Erkrankung des Blutes und der Gefäße. Li.

C. Bruhns: **Mehrere Fälle von acuter Nephritis bei Ekzem.** (Berl. klin. Woch. 1895, No. 28. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 8.)

B. theilt 7 Fälle von Ekzemen (teils primär, teils nach Scabies) mit, in denen Albuminurie, Cylinder, oft Blut im Urin, nebst den übrigen Zeichen einer acuten Nephritis auftraten. Bei drei Fällen war vorher keine Therapie, bei einem Falle war Diachylon-, bei zwei Fällen Wilkinson'sche Salbe resp. Styrax angewendet worden. B. hält jedoch diese Medicamente für unschuldig an der Nephritis. — In der Litteratur finden sich nur spärliche Angaben über diese Complication; wegen der Entstehung derselben kann B. nur auf den „Zusammenhang zwischen äusserer Haut und Nieren" hinweisen; vielleicht kann man auch an infectiöse Schädigungen denken. Jedenfalls ist die Nephritis nicht die Folge „unterdrückter Hautthätigkeit". K.

Rendu: **Ueber die Pathogenese der Nephritis post typhum.**

In der Société médicale des hôpitaux vom 8. Nov. 1895 berichtete Rendu über die Pathogenese der Nephritis post typhum. Bisher war unentschieden, ob dieselbe erfolgt durch Einwanderung der Typhusbacillen selbst oder durch die Wirkung ihrer Toxine. In einem hierher gehörigen Falle wurden in den Nierencanälchen Bacillen selbst angetroffen. Der Tod erfolgte am 15. Krankheitstage unter urämischen Erscheinungen. — Besonders die Henle'schen Schleifen und Harnkanälchen waren dicht mit dem Eberth-schen Bacillen gefüllt. — In der sich anschließenden Discussion warnte Chauffard vor Verwechselung mit Bac. coli, während Merklen den Eberth'schen Bacillus bei einen an Hämaturie leidenden Typhösen antraf, bei dem mit dem Bacterium gleichzeitig die Hämaturie verschwand. Hanot hat Nephr. infectiosa stets Vergrößerung des Volumens beobachtet und ist über das abweichende Ergebnis Rendu's erstaunt.

Huchard: **Albuminurie, präacute Urämie, hervorgerufen durch die Application eines Spanischfliegenpflasters.** (Nach einem Vortrage in der Pariser therapeutischen Gesellschaft. — Le Progrès Médical 1896, No. 12.)

H. berichtet über folgenden Fall aus seiner Praxis: Einem 18jährigen Mädchen, das über Magenschmerzen klagte, sonst aber, namentlich von

des Formaldehyds, über diesen Concentrationsgrad hinaus polymerisirt das Formaldehyd, und man erhält bei Verdampfung concentrirter Lösungen ein aus Polymeren bestehendes weißes Pulver, das Trioxymethylen. Dieses hat die Eigenschaft, an der Luft zu depolymerisiren und in trockenen Dämpfen wieder Formaldehyd zu bilden. — Die Brauchbarkeit des Formaldehyds zur Kathetersterilisation hat Frank experimentell nachgewiesen, indessen das Detail seiner Experimente nicht vollkommen publicirt, überhaupt nicht mit Trioxymethylen experimentirt. J. experimentirte in verschiedenen Versuchsanordnungen, erstens nach der Methode von Frank, er hing inficirte Katheter in Glasröhren von verschiedener Capacität auf, die mit einem Gummipfropfen verschlossen wurden. Das Formol wurde in verschiedenen Lösungsgraden auf einen Wattetampon gegossen, der am Boden des Glases lag, die Katheter hingen vertical. Dann construirte J. Kästen von verschiedenen Dimensionen mit übereinander gestellten Platten, unterhalb derselben lag am Boden ein Streifen eines mit Formollösung getränkten Stoffes. J. zieht diese Kästen den Glastuben vor, weil sie stabiler sind, die Katheter weniger in directen Contact mit dem Formol bringen und weil ihre Isolation leichter ist. Die Kästen construirte J. in zwei Dimensionen, einen großen, 44 cm lang, 18 cm breit und 10 cm hoch zur Benutzung in Kliniken, und für Specialisten einen kleinen, 42 cm lang, 7 cm hoch und breit für die Patienten und die practischen Aerzte. Der große Kasten besteht aus Metall und ist rechtwinklig, er ist auf einer seiner kleineren Seiten durch einen Metalldeckel hermetisch verschlossen, darum kommt noch ein breiter Kautschukring. Im Innern des Kastens befinden sich acht Platten, die bei Nichtgebrauch auf die oberste gelegt werden können, so daß größere Objecte sterilisirt werden können. Auf dem Boden des Apparates wird ein Gewebsstreifen von 30 cm Länge und 10 cm Breite ausgebreitet; will man Trioxymethylen anwenden, so breitet man dies in dünner Schicht aus, mit diesem Apparat sind 200 Katheter zu sterilisiren. Der kleine Apparat wird an einer Schmalseite nur durch einen Kautschuckmantel geschlossen, innen sind zwei Metallplatten, die obere beweglich, die untere fest, und darunter wird auf eine Wattelage Formol gegossen oder etwas Trioxymethylen, so kann man 16—20 Katheter oder auch ein Cystoskop sterilisiren. Bei den Versuchen wurden die Katheter nach ihrer Lagerung in den Formoldämpfen stets mit einer Ammoniaklösung von 1:10000 abgewaschen, bevor sie in den Nährboden gebracht wurden, um jede Spur von Formol zu beseitigen. Das Resultat der Versuche von Janet ist folgendes:

Wurden Katheter des gewöhnlichen Calibers von 14—25 Charr. in Anwendung gezogen, so ergab sich, daß, wenn diese nicht vorher gesäubert in Glasröhren dem Formol in einer Lösung von 1 Form.: 5 Aq. destill. exponirt waren, sie noch nach 24 Stunden bei 9° nicht sterilisirt wurden, nach 24 Stunden bei 15° die Versuche meist fehlschlugen; Experimente mit Formol 1:2 und reinem Formol, wobei die Katheter nicht gesäubert sind, geben ein negatives Resultat nach 24 Stunden bei einer Temperatur

des Leidens zu Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, schließlich zu Erbrechen und sehr starker Dyspnoe. Der Urin verlor an Menge und das Albumen nahm erheblich zu, die Anämie wurde hochgradig. Unter Anurie und Dyspnoe trat der Tod ein. Die Autopsie ergab die Diagnose der interstitiellen Nephritis. Da Pat. vordem nie krank gewesen war, so ist eine Aetiologie nicht vorhanden; da nun aber deutliche Gefäßveränderungen vorhanden sind, so ist diese Nephritis zu der Categorie derjenigen Nephritiden zu rechnen, die in der Arteriosclerose ihre Ursache haben. Hz.

Bronowsky: **Strontiumlactat in der Therapie der Nephritis.** (Medycyna, 4. Januar, nach La Revue méd., 1. März 1896.)

B. hat in zehn Fällen von Nephritis das Strontiumlactat angewendet, wobei er kein anderes Verfahren, wie Milchdiät, Bäder etc., gebrauchte. Die gewöhnliche Dosis von 6 g, welche in wässriger Lösung gereicht wurde, wurde im Allgemeinen gut vertragen, eine höhere Dosis verursachte mitunter Uebelkeit und Erbrechen. In allen mit Strontiumlactat behandelten Fällen vermehrte sich die Harnmenge, während das specifische Gewicht sank. Besonders ausgesprochen war die Harnvermehrung bei den frischen Fällen von Nephritis parenchymatosa, wo nach vier Tagen die Harnmenge von 600 ccm auf 4000 ccm stieg, sie war weniger bedeutend bei gemischten Nephritisformen und unverändert bei interstitieller Nephritis. Der Eiweißgehalt blieb unverändert. Tierversuche ergaben, daß Strontiumlactat durch Einwirkung auf das Nierengewebe die Harnquantität ändert, nicht durch Beeinflussung des Circulationssystems. Hz.

Schiperowitsch: **Die Nieren als therapeutisches Mittel bei einigen Nierenkrankheiten.** (Bolnitschnaja gaseta Botkina. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1896.)

Verf. wollte zunächst die Wirkung der Nieren bei Gesunden feststellen und gab denselben zu diesem Zwecke Schweins- und Schafsnieren in rohem Zustande zu essen oder injicirte ihnen den sterilen Extract subcutan. Abgesehen von einer geringen Zunahme der Harnmenge, wurden keine besonderen Veränderungen constatirt. Dann wiederholte er dieselben Versuche bei 35 Nephritikern mit verschiedenen Nierenaffectionen, wie acute und chronische parenchymatöse Nephritis, Schrumpfniere, Amyloid, und konnte darnach Zunahme der Diurese, Abnahme des Eiweißgehalts und des specifischen Gewichtes des Urins und Aufhören aller urämischen Symptome beobachten. Bei Aussetzen der Nierenfütterung verringerte sich die Harnmenge wieder, das Eiweiß nahm zu, das specifische Gewicht stieg. Die mikroskopische Untersuchung des Urins ergab massenhafte Leukocyten; Cylinder, Epi-

thelien, Erythrocyten verschwanden auffallend rasch. In drei letal verlaufenden Fällen wurde die Eiweißmenge im Urin durch Niereneinnahme nur wenig beeinflußt. Nach Einnahme von nicht unter 20 Nieren blieb der therapeutische Effect bestehen, so daß die Patienten als geheilt zu betrachten waren. Auch bei zwei Herzkranken mit Compensationsstörungen waren subcutane Injectionen des Extracts von günstiger, wenn auch vorübergehender Wirkung auf die Herzthätigkeit. Die Harnmenge wurde bei zwei Patienten mit Schrumpfniere nach innerer Verordnung der Niere bedeutend herabgesetzt. Aus Allem geht hervor, daß die bei Nierenerkrankungen ausfallenden physiologischen Agentien durch Einführung frischer Nieren ersetzt werden können.

Li.

Dr. Béla Angyán: **Ein Fall von beiderseitiger Wanderniere.** (Ver. d. Spitalsärzte in Budapest, Sitz. v. 12. Febr. 1896. — Pester med.-chir. Presse 1896, No. 14.)

Die 29jährige VII para hat vor sieben Jahren nach ihrem 2. Wochenbette im Bauche beiderseits Geschwülste bekommen. Seit December v. J. trat schmerzhafter Urindrang auf, der Harn ist schmutzig gefärbt. Die Diagnose ist mit Vorbehalt auf beiderseitige Wandernieren zu stellen, dieselben sind in Folge perinephritischer Processe mit der Umgebung verwachsen.

Außerdem besteht chronischer Blasencatarrh. K.

Hogge: **Pyonephrose. Nephrotomie. Tod 58 Stunden nach der Operation.** (Soc. médico-chirurg. de Liège, oct. 1895 nach Annal. d. mal. des Organs génit.-urinaires, Febr. 1896.)

Die Nephrotomie wird bei Pyonephrose ausgeführt, um den Fortschritt der Harnretention und der Eiterresorption zu bekämpfen und die fürchterlichen Folgen, d. i. Urämie, Anurie, Septicämie etc., zu beseitigen. Mitunter genügt die Behandlung der Blase zur Beseitigung schwerer Pyonephrosen; mitunter ist aber die Intoleranz der Digestionsorgane, die Oligurie, die Sepsis so gefährlich, daß die Nephrotomie gemacht werden muß. Bureau giebt die Mortalität der Pyonephrosen bei nicht Steinkranken auf 14,8 pCt., bei Steinkranken auf 29 pCt. an. Die Nephrotomie bei tuberculöser Pyelonephritis giebt eine Mortalität von 30—38 pCt., nach Anderen von 60 pCt., nach Tuffier von 47,8 pCt. H. hat ein 25jähriges Mädchen in Behandlung gehabt, die nach der Anamnese weder tuberculös noch gonorrhoisch inficirt war. Diese litt seit ihrem 17. Jahre an häufigen und schmerzhaften Mictionen. Schließlich musste Pat. alle halbe Stunde uriniren, besonders groß war der Schmerz, wenn die letzten Tropfen Blut enthielten, ein Befund, der

sehr oft vorkam. Sechs Jahre nach Beginn des Leidens acquirirte Pat. 1894 eine starke Influenza. Seit dieser Zeit sollen nach den ziemlich verworrenen Angaben der Pat. die Blutungen geringer geworden sein. Pat. verheiratete sich nun. Im Jahre 1895 stellten sich wieder die alten Beschwerden ein, auch Blutungen, die ärztliche Untersuchung ergab Eiter im Urin, keine Cylinder und Koch'sche Bacillen. Die Blase zeigte sich klein, sensibel und ohne Infiltration, 40 g Flüssigkeit wurden kaum ertragen. Die Nieren schienen normal. Seit der Heirat ist der Allgemeinzustand noch schlechter als vordem, besonders groß ist die Appetitlosigkeit und Schwäche. Blasenspülungen mit Sublimat 1 : 10000 und zwar 100 ccm davon sind nutzlos. Als sich nun eine starke Vergrößerung der Niere auf der rechten Seite findet, die Fluctuation derselben sehr deutlich ist, übernimmt H. es, die Nephrotomie zu machen. Die Indication war gegeben durch absolute Magenintoleranz, unaufhörliches Erbrechen und durch Diarrhoe. Die Temperatur betrug 38—39°. Die Incision der Niere entleerte etwa 1 l homogenen, geruchlosen und nicht krümeligen Eiters. Nach der Operation wird der Urin, der vor der Operation nur $^1/_2$ l in 24 Stunden betragen und stinkenden Eiter enthalten hatte, ziemlich reichlich und fast klar secernirt. Die Temperatur fällt, aber die gastrische Intoleranz bleibt und der Puls bleibt beschleunigt. Die Nacht vom 29. Juli, dem Tage der Operation, zum 30. Juli verlief ganz gut. Im Laufe des 30. Juli urinirte Pat. immer weniger, der Urin nimmt an Dichtigkeit zu und wird fast braun. Der Blasentenesmus war beständig vorhanden, aber nur wenige Tropfen wurden entleert. Der Katheterismus läßt nur 5 ccm Flüssigkeit in der Blase auffinden. Die linke Niere, die nun keinen Harn mehr secernirt, ist weder vergrößert, noch schmerzhaft. Das Erbrechen dauert beständig fort und erhält schließlich die Farbe des Kaffeegrundes. Der Puls wird fadenförmig, aber kein Coma, keine urämischen Krämpfe sind vorhanden. Das Fieber hatte einem Collaps Platz gemacht, 58 Stunden nach der Operation starb die Kranke, deren Anurie etwa 30 Stunden gedauert hatte, bei vollem Bewußtsein. Aus dieser Beobachtung zieht H. den Schluß, daß die linke Niere fast oder ganz gesund war, da gleich nach der Incision der Harn hell war, zugleich wurde reichlich der Harn secernirt. Das Merkwürdigste ist nun zweifellos die nach dieser genügenden Urinsecretion allmählich eintretende Anurie. Diese erklärt H., da keine Autopsie die Gewißheit giebt, aus der allgemeinen septischen Intoxication, die die vasomotorischen Centren inhibirte. Die Nachhaltigkeit des Erbrechens konnte auch auf die Chloroformnarcose zurückgeführt werden, die ja auf die Niere nachteilig wirkt.

Hz.

Brown: **Ein Fall von Cystitis und Pyonephrose durch den Bacillus coli mit Nephrectomie.** (New-York medic. Journ., 9. Febr. 1895.)

Ein 40jähriger Mann war 1888 wegen einer Cystitis behandelt worden, nach seiner Entlassung aus dem Spital zeigten sich Symptome der Pyonephrose, bei seiner erneuten Aufnahme 6 Jahre später fand man Schmerz und eine Resistenz bei Palpation der linken Nierengegend. Eine Nephrectomie fand statt, wobei sich herausstellte, daß das Nierenbecken sehr viel Eiter enthielt. Die bacteriologische Untersuchung ergab den Bacillus coli in Reincultur.

Hz.

Swift: **Krebs der rechten Niere, Nephrectomie, kein Recidiv nach 18 Monaten.** (Boston medic. and surg. Journal, 18. April 1895, nach Annal. d. malad. d. Organs génit.-urinaires, Februar 1896.)

Die Beobachtung betrifft einen 47jährigen Mann, der nur ziemlich ausgeprägte Anämie darbot. In der rechten Seite fand sich ein Tumor von der Größe einer kleinen Cocosnuß, der beweglich unterhalb der Rippen lag. Die Nephrectomie wurde gemacht und ging deren Ablation ohne Schwierigkeit vor sich, der Ureter wurde an seinem Ende mit Carbollösung touchirt, die Gefäße mit Seide unterbunden. Die Geschwulst war ganz in die Niere eingekapselt, und die histologische Prüfung zeigte, daß es sich um ein Carcinom handelte. Heilung in 33 Tagen, ein Recidiv ist seit 18 Monaten nicht eingetreten.

Hz.

Cramer: **Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse und der Querresection der Niere.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1896, März.)

Der casuistische Beitrag des Verf.'s zerfällt in 2 verschiedene, von einander getrennte Teile, deren zweiter Teil hier interessirt.

An die ausführliche Mitteilung von 2 Fällen von Querresection der Niere aus der Bardenheuer'schen Abteilung des Kölner Bürgerhospitals, von denen der eine letal verlief, der andere mit Genesung des Pat. endete, knüpft Verf. zunächst eine geschichtliche Uebersicht der von Bardenheuer zuerst vorgeschlagenen Operation. Durch die 1887 auf Veranlassung Bardenheuer's an Hunden angestellten Experimente ist der Nachweis geführt worden, daß bei diesen Tieren Stücke einer Niere ohne besondere Störung des Allgemeinbefindens und ohne directe Operationsgefahr entfernt werden können und daß die Niere das verlorene Gewebe durch Hyperplasie zu ersetzen sucht und auch wirklich ersetzt. Zur Ausführung dieser Operation an Menschen

ist es jedoch damals nicht gekommen, da man damals zu sehr der Nephrectomie huldigte. Erst nach dem Erscheinen der experimentellen Arbeit Tuffier's, welcher ebenfalls das Gelingen partieller Nierenresection und die Regenerationsfähigkeit des Nierengewebes an Tieren nachwies, ist diese Operation 1890 von Kümmel ausgeführt worden, wozu ein Jahr später noch 2 Fälle von Bardenheuer und ein Fall von D'Antona hinzugekommen sind. Die 2 Fälle des Verf.'s zeichnen sich besonders dadurch aus, daß sie die ersten sind, in denen die Operation durch Tuberculose der Niere veranlaßt wurde.

Im allgemeinen ist die Frage, ob man bei Tuberculose der Niere die Querresection machen oder nephrectomiren soll, sehr schwer zu beantworten. Es kann sich bei partiellen Resectionen tuberculöser Nieren wohl nur um die hämatogene Form der Tuberculose handeln, welche bekanntlich da beginnt, wo der Blutstrom Tuberkelbacillen zur Ansiedlung bringt, und häufig auf das Gebiet eines Astes der Nierenarterien beschränkt ist. Kommt dieser circumscripte Infectionsherd nicht zur Ausheilung, so entsteht ein Erweichungsherd, der schließlich die ganze Niere in Mitleidenschaft ziehen und in einen Brei verwandeln kann. Eben dieser Ausdehnung des Krankheitsprocesses kann durch die rechtzeitige Resection der Niere vorgebeugt werden. Hat jedoch die hämatogene Tuberculose bereits den größten Teil der Niere zerstört, ist das Nierenbecken schon mit afficirt und man weiß nicht, wie weit der Proceß sich auf den Ureter erstreckt, so ist die Nephrectomie am Platze. Ist der Ureter wirklich mit erkrankt, so muß man bei der Operation diesem nachgehen und ihn, so weit die Infection reicht, mit entfernen. Widrigenfalls kann eine Ureter-Bauchdecken-Fistel entstehen, welche nie zuheilt. Casper.

XII. Nebenniere.

Arthur Biedl: **Vorläufige Mitteilung über die physiologische Wirkung des Nebennierenextractes.** (K. K. Ges. d. Aerzte in Wien, Sitz. v. 22. Febr. 1896. — Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 9.)

B. berichtet über Versuche, in welchen es ihm gelungen ist, bei Säugetieren, denen die Medulla oblongata durchtrennt und das ganze Rückenmark exstirpirt worden war, mit Hilfe der Injection von Nebennierenextract den Kreislauf bis zu einem arteriellen Blutdrucke von

ca. 90—160 mm Hg wieder zu beleben und die Tiere so über eine halbe Stunde am Leben zu erhalten.

Diese characteristische blutdrucksteigernde Wirkung des Nebennierenextractes haben schon 1894 G. Oliver und E. A. Schäfer[1]) in London und unabhängig von ihnen N. Cybulski und sein Schüler W. Szymonowicz[2]) in Krakau 1895 erkannt.

Nach der Ansicht B.'s liefern erst seine eigenen Beobachtungen bei totaler Rückenmarksexstirpation einen vollen Beweis für die schon früher gemachte Annahme, daß das Nebennierenextract nur peripherisch auf die Muskeln der Gefäße und des Herzens tonisirend wirken kann. Die eigentlichen Angriffspunkte in der Peripherie sollen den Gegenstand weiterer Untersuchungen bilden. K.

Loomis: **Zwei Fälle von Morbus Addisonii, die beide zur Autopsie gelangten.** (N.-Y. Pathological Society, Sitzung vom 8. Januar 1896. — Med. Record, 29. Februar 1896.)

Beide Fälle zeigten die characteristischen Veränderungen in den Nebennieren. Das bekannte klinische Bild, speciell die Hautpigmentation, war jedoch nur in dem einen Falle vorhanden. Der andere zeigte eine andauernde Körperschwäche und keine bestimmten Symptome, so daß die Diagnose erst auf Grund des autoptischen Befundes gestellt wurde. Beide Fälle betrafen Männer von 29 bezw. 26 Jahren. Der Tod erfolgte bei Beiden ganz plötzlich. In den Lungen Beider wurden ausserdem tuberculöse Herde gefunden, die in dem einen Falle primär oder mit der Nebennierentuberculose gleichzeitig, wie es den Anschein hatte, sich gebildet hatten, in dem anderen aber secundärer Natur waren.

Biggs bemerkt hierzu, daß er bei 27 Autopsien von Kindern, die an Diphtherie gestorben waren, in 6 Fällen tuberculöse Herde in den Lungen und in anderen Körperorganen gefunden hat, darunter bei 2 Fällen, in Verbindung mit käsiger Degeneration, in den Nebennieren. Er glaubt, daß die Nebennieren bei Kindern besonders empfänglich für eine Infection mit dem Tuberkelbacillus sind und daß viele Fälle von Nebennierentuberculose bezw. Morbus Addisonii bei Erwachsenen auf eine solche tuberculöse Infection in frühester Kindheit zurückgeführt werden können. Lw.

[1]) Journ. of Physiol., XVI—XVIII, 1891, 1895.
[2]) Academie der Wissenschaften in Krakau, Februar—März 1895.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

M. Kreps: **Ein Fall von perverser Sexualempfindung.** (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg., VII. Bd., 1896.)

Hochinteressant ist der von K. mitgeteilte Fall, nicht nur wegen seiner überaus großen Seltenheit (Moll, v. Krafft-Ebing erwähnen nichts Aehnliches, der Ref.), sondern auch wegen des ausgebildeten Raffinements, mit dem es derartige Kranke verstehen, den Arzt nicht nur zu täuschen, sondern sogar als Mittel zum Zweck zu benutzen. So ließ der in vorliegendem Aufsatz beschriebene Kranke von drei Aerzten wegen angeblich vorhandener Strictur nach abgelaufener Gonorrhoe bezw. wegen zurückgebliebener nervöser Beschwerden monatelang mit Sonden sich behandeln, in der That aber, um seinen pervers entwickelten Geschlechtstrieb auf diesem ungewöhnlichen Wege zu befriedigen. Die Ueberführung, daß es sich beim Patienten um eine Art von Masturbation — welche nicht geheim, sondern offenkundig vom nichtsahnenden Arzt ausgeführt wurde — handelte, gelang einmal durch genaue Beobachtung, absolut bewiesen aber wurde sie erst durch das so sehr characteristische Bild bei der urethroscopischen Untersuchung (Oberländer, Endoskopie). Hierdurch wurde jegliches Leugnen ausgeschlossen und ein volles Eingeständnis erlangt. Stockmann.

Jaworski: **Dyspepsia sexualis artificialis.** (Przegląd lekarski 1896, No. 1.)

Verf. berichtet über 8 Fälle von Dyspepsie, die er als solche sexuellen Ursprunges bezeichnet. In sämtlichen Fällen ergab die Untersuchung des Genitalapparates und der Magenverdauung nichts Abnormes; ebenso fehlten

jegliche Erscheinungen von Hysterie. Trotz Anwendung aller möglichen Mittel vermochte Verf. in keinem Falle eine Besserung des Krankheitszustandes zu erzielen. In 6 Fällen handelte es sich um junge, verheiratete Frauen, die über unangenehmen Geschmack im Munde, Uebelkeit, Aufstoßen, Appetitmangel, über Schnürgefühl im Magen und in der Speiseröhre, über Druck in der Magengrube nach jedem Essen, Speichelfluß, Verstopfung, Schwindel klagten. Verf. gelangte auf Grund eingehender Beobachtung seiner Fälle zu der Annahme, daß diese, auf eine motorische Magenneurose hindeutenden Erscheinungen durch den von den Patientinnen geübten Coitus interruptus verursacht wurden. Bei einer 30jährigen Patientin, die volle 2 Jahre an den Folgen ihres „Nichtschwangerwerdenwollens" litt, schwanden sämtliche Erscheinungen, als sie auf Anraten des Verf.'s eine längere Badereise ohne Begleitung ihres Mannes unternahm; die Krankheitserscheinungen kehrten aber wieder, als die Patientin nach Hause zurückkehrte und den unregelmäßigen Coitus wiederum ausübte. — Außerdem beobachtete Verf. 2 Fälle, in denen die sexuelle Dyspepsie durch den wegen der frühzeitigen Ejaculation bei den Männern zu rasch verlaufenden Coitus verursacht wurde.

Die Behandlung der sexuellen Dyspepsie ist eine der schwierigsten und undankbarsten Aufgaben des practischen Arztes, und zwar aus dem Grunde, daß sich hierbei die Ursache schwer beseitigen läßt. Li.

Dr. Schuster (Nauheim): **Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System.** (Vortrag, gehalten auf dem XVII. Balneol. Congress in Berlin.)

Der periphere Reiz, welchen die Kohlensäure im Wasser- oder Gasbade auf die Haut ausübt, gibt sich kund in Rötung der Haut und dem Gefühl von Wärme und Prickeln, welches an den Geschlechtsteilen und in der Nähe derselben am bedeutendsten ist. Der periphere Reiz geht centripetal weiter und ruft dadurch eine Veränderung im Nerven- und Gefäßsystem hervor. Die Verzweigungen der Geschlechtsnerven gehen sehr nahe zur Peripherie und es kann nicht auffallend sein, daß die Centren der Geschlechtssphäre beeinflußt werden, und zwar sowohl das im Cerebrum gelegene für die Libido, als auch das im Lendenmark befindliche Erections- und Ejaculationscentrum.

Die CO_2 ist dann anzuwenden, wenn eine Anregung erzielt werden soll, also beim männlichen Geschlechte nur dann, wenn eine auf nervöser Basis beruhende Herabminderung der Libido und Erection besteht. (Die durch Diabetes, Nephritis, Tabes etc. hervorgerufenen Formen sind auszuschließen.) Contraindicirt ist Spermatorrhoe und Ejaculatio praecox, weil es sich ja hierbei schon um gesteigerte Erregbarkeit des spinalen Ejaculationsapparates handelt, ferner schwere Formen der Impotentia paralytica und psychica. Zu achten ist auch auf perverse Geschlechtsempfindung.

Die frühzeitig beginnende senile Impotenz ist ein günstiges Feld. Ob bei retardirter Ejaculation und Herabminderung des Orgasmus die CO_2 vorteilhaft einwirken kann, muß die weitere Beobachtung lehren.

nach der Angabe von Sonnenburg abzutrennen, aber der Lappen wird nicht abgeschnitten, sondern auf die Penisspalte hinabgeschlagen und mit deren angefrischten Rändern vernäht. Dann wird die Vorhaut an ihrer Basis perforirt und über die Eichel gezogen. Schließlich deckt man mit Lappen der Bauchwand die aus der Abtrennung des Blasenlappens resultirende blutige Fläche. So wird also ein Schleimhautcanal gebildet. Während S. die disseeirte Blasenwand den Dimensionen der Penisspalte entsprechend zuschnitt, hat Poncet das Verfahren so vervollkommnet, daß er die Blasenwand in ihrer ganzen Grösse beliess, um ein geräumigeres Urinreservoir zu schaffen. Der einzige Nachteil der Methode ist, dass der dissecirte Schleimhautlappen, da das Bauchfell vermieden wurde, zu dünn wurde, um stets seine Vitalität zu behalten. Daher liegt der Gedanke nahe, auch das Bauchfell mitzunehmen, auch ist diese Idee im Princip in zwei Fällen von Maydl realisirt worden. Dieser resecirte die ganze hintere Blasenwand, nähte die Ureteren in das Colon und schloss die Bauchwand vollständig. Es ist demnach möglich, auch das Bauchfell zur Verstärkung des Blasenlappens heranzuziehen.

P. giebt nach dieser allgemeinen Skizzirung der Fortschritte der Chirurgie eine genaue Statistik der einzelnen Methoden. Von den 52 Operationen sind 17 nach der autoplastischen Methode ausgeführt worden, 13 Mal wurde die Naht der Blasenränder ausgeführt ohne Annäherung der Symphyse und zwar drei Mal directe Naht der Ränder, 10 Mal die Naht nach Segond; in 16 Fällen fand die Naht nach Annäherung des Os pubis ihre Anwendung, 6 Mal wurden die Ureteren verlagert. Die Mortalität betrug vier Todesfälle und zwar alle bei der Methode von Trendelenburg, d. h. der zu dritt beschriebenen, indessen keiner durch die Operationen, sondern zwei durch acute Nephritis, einer durch Chloroform, einer durch Jodoformvergiftung. Die autoplastische, die zweite und die letztbeschriebene Methode hatte also 0 pCt. Mortalität.

Während demnach die Gefahren der Methoden minimal sind, ist doch ihre Differenz hinsichtlich des functionellen Resultates, d. h. Schutz der Schleimhautfläche, Sammlung des Urins, formale Restitution der Genitalien bedeutend. Von den 17 Operationen mit Autoplastik misslang eine, bei der gab dann die Methode nach Segond ein gutes Resultat, bei allen andern war die anatomische Restitution der vorderen Blasenwand und der vorderen Harnröhrenwand complet; aber die Nachteile blieben die alten, nur in einem Falle von Walsham konnte Pat. 5 bis 6 Stunden den Harn halten, bei dem ragte eben die Blasenwand nicht vor, ectopirte also nicht, sonst war Incontinentia die Regel. Ferner ist die Steinbildung ein grosser Nachteil der Methode. — Die Naht der Blasenränder wurde in 27 Fällen vollzogen, in 16 mit Trennung der Synchondrosis sacro-iliaca. Diese fand sechs Mal subcutan statt, mit Hilfe des Trendelenburg'schen Gurts, zweimal mit Eröffnung der Weichteile, sechs Mal führte Berg die verticale Osteotomie des Os ilei aus, zwei Mal mobilisirte Schlange mit Hammer und Meissel die dem Schambein interponirten Gewebe. Von den erwähnten 4 Todesfällen betreffen drei Berg; wenn auch die Operation nicht die Todesursache war, ist seine Methode doch zu verwerfen.

Die functionellen Resultate rechtfertigen die frühere Meinung von P., dass die subcutane Trennung der Synchondrose allein beizubehalten ist, stets ist die

Incontinenz bei dieser Methode vorhanden. Die directe Naht der Blasenwände kann naturgemäss nur bei einer geringen Bauchblasenspalte ausgeführt werden, kommt also nicht in Betracht. In den 10 Fällen der Operation nach Segond gab es drei totale Misserfolge, ein Pat. starb drei Monate später an doppelseitiger Pyelonephritis, also unmöglich an der Operation; der Vorteil der Methode ist, wie erwähnt, die Unmöglichkeit der Steinbildung.

In den 6 Fällen der Verlagerung der Ureteren wurden diese zwei Mal in die Penisspalte eingenäht, vier Mal in's Rectum oder Colon. Das functionelle Resultat bei ersterem Verfahren ist das der Incontinenz, das letztere dagegen functionell ausgezeichnet. Krynsky stellte in Krakau einen nach dieser Methode Operirten vor, der seinen Harn 3–4 Stunden in der Ampulla recti ohne Schaden halten konnte. Sollten die folgenden Fälle gleich günstig verlaufen, so ist diese Methode die Methode der Zukunft. Daher sei zum Schluss die von Maydl beschriebene Operationsmethode genau angegeben. Die Bauchhöhle wird über dem Rande der ectopirten Blase eröffnet, und die Blasenwand resecirt mit Ausnahme eines ovalen Segments, das die Ureterenöffnungen umschliesst. Beim Weibe wird die Blase vom Uterus abgelöst, beim Manne unterhalb der Insertion der cavernösen Körper abgeschnitten Es werden nun feine Sonden in die Ureteren eingeführt und diese mit ihren Gefässen und dem Bindegewebe mobilisirt. Dann wird der Darm auf der convexen Seite longitudinal incidirt und Schleimhaut mit Schleimhaut, die Serosa mit der Musculatur vernäht. Der Darm wird in das Abdomen reponirt, und die Operation durch completen Schluss des Bauches beendet.

Hz.

Monro: **Eine vom Vater auf sämtliche Nachkommen vererbte Incontinentia urinae nervösen Ursprungs.** (The Lancet, 14. März 1896.)

Die Familie besteht aus fünf Mädchen und einem Knaben. Das älteste, ein Mädchen von 18 Jahren, leidet öfter an Nasenbluten und ist sehr neurasthenisch. In früheren Jahren litt sie, ebenso wie ihre anderen Geschwister, an allnächtlicher Enurese, die etwa ein Jahr lang, nachdem sich in ihrem 14. Lebensjahre die Menses eingestellt hatten, fortblieb, dann aber, wenn auch nicht jede Nacht, wiederkehrte. Die Incontinenz stellt sich vorzugsweise etwa eine Woche vor dem Eintritt der Menstruation ein und auch am Tage beim Verrichten schwererer Arbeit. Das zweite, 16jährige, Mädchen muß beständig einen Urinrecipienten tragen, weil sie zu häufig uriniren muß und sich auch gelegentlich durchnäßt. Die Incontinenz verschlimmert sich ebenfalls einige Tage vor der Menstruation. Das dritte, 12 Jahre alte, Mädchen leidet an starker Enuresis nocturna, während die Incontinenz am Tage nicht erheblich ist. Das vierte, 6jährige, Mädchen durchnäßt in gleich starker Weise des Nachts ihr Bett und am Tage ihre Kleider. Das fünfte, 5jährige, Mädchen durchnäßt einmal in jeder Nacht ihr Bett, aber am Tage ist es frei. Der 8jährige Knabe durchnäßt sein Bett oft bis sechs Mal in einer Nacht. Alle Kinder litten oder leiden an nervösen Zufällen, Krämpfen u. dergl. Der Vater ist neurasthenisch und

des Harns kommt durch den positiven Ausfall der Trommer'schen Probe zum Ausdruck, im Gegensatz aber zum diabetischen Harn reducirt der Alkaptonharn ammoniakalische Silberlösung in der Kälte. Diese leicht anzustellende Reaction dient neben der von oben her eintretenden Braunfärbung bei Zusatz von Alkali zur Diagnose der Alkaptonurie. Genaue Untersuchungen über Alkoptonharn liegen besonders vor von Wolkow, Baumann, Kraske, Embden, Garnier und Voisin, Ogden, Geyger. Durch diese Untersuchungen sind zwei Alkaptonsubstanzen bekannt geworden, die Uroleucinsäure und die Homogentisinsäure, deren Muttersubstanz das Tyrosin ist. — Man hat Alkapton zwei Mal neben Zucker, sonst ohne weitere Stoffwechselanomalie gefunden, ein Mal bei einem zehntägigen Kinde, immer, mit einer Ausnahme, das ganze Leben dauernd bestehend. Die Ausnahme betraf einen Diabetiker, bei dem zu einer Zeit, als der Zuckergehalt des Urins unter der Behandlung mit Myrtillus-Präparaten sank, zwei Mal Alkapton vorübergehend nachgewiesen wurde. Wichtig ist das mehrmals beobachtete Vorkommen von Alkaptonurie bei Geschwistern. Ueber die der Alkaptonurie zu Grunde liegende Stoffwechselanomalie ist noch nichts Sicheres bekannt. K.

Caporali: **Das Vorkommen von Pentosurie.** (Riasta clin. e terap. 1896, Januar. — Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 15.)

Seit dem Bekanntwerden des Vorkommens von Pentose im Harne sind nur wenige Fälle publicirt worden. Caporali suchte durch systematische Untersuchungen des Harnes von 64 Kranken mit den verschiedenartigsten Affectionen über das Vorkommen dieser fünfatomigen Zuckerart Klarheit zu gewinnen. Nur bei Patienten, die an chronischem Morphinismus litten, kam Pentosurie zur Beobachtung, besonders dann, wenn die subcutan injicirte Menge 0,02 g wesentlich überstieg. Auch experimentell konnte bei Hunden durch Morphininjection Pentosurie ausgelöst werden. Caporali meint, daß dieses Symptom als pathognostisch anzusehen wäre und dazu dienen könnte, in manchen Fällen die Diagnose auf Morphinvergiftung sicherzustellen. K.

Diabetes.

James: **Das Blut beim Diabetes mellitus.** (Edinburgh Medico-Chirurgical Society, Sitzung vom 6. März 1896. — The Lancet, 14. März 1896.)

James erwähnt zunächst die Thatsache, daß die meisten Autoren, im Gegensatz zu dem, was man erwarten würde, beim Diabetes eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins gefunden haben. Er selbst konnte ebenfalls diese Erscheinung constatiren. Er fand in 5 Fällen über 6 Mill. Erythrocyten in 1 ccm, in 5 Fällen über 5 Mill., in 2 Fällen über 4 und in 1 Falle über 3 Mill. Das Hämoglobin betrug über 100 pCt. in 3 Fällen, über 60 in 8 und über 50 in 2 Fällen. Die Abnahme des

negirt, jedoch nach Symptomen und Verlauf solche und nicht Tuberculose als ätiologisches Moment wahrscheinlich. Sitz der Strictur in der Pars membranaeca. In Folge voraufgegangener Versuche mit dem Katheter Entzündung und fast völlige Undurchgängigkeit der Strictur. — Urethrotomia interna und Dauerkatheter. Guter Erfolg.

Beim Aufstehen ungewöhnliche Störung beim Uriniren: Patient urinirt mit ziemlich kräftigem Strahl, plötzlich wird der letztere für einige Augenblicke völlig abgeschnitten. Bei der Untersuchung gelangte Vortr. per exclusionem zu der Annahme einer Inversion der hinteren Blasenwand.

Epicystotomie: Sehr weite Blase nach allen Richtungen, sehr dünne Wandungen, Epithel glatt, grauweiß. Hintere Wand durch den Druck der Gedärme nach vorn resp. unten eingestülpt (analog der Inversion des Fundus uteri), das Orificium internum von normalem Aussehen. Schluß der Blasenwunde durch dreifache Naht. Heilung per primam. Die Operation schien für die Blasenmusculatur einen wohlthätigen Impuls gegeben zu haben, die plötzlichen Verschlußerscheinungen blieben zwar nicht völlig aus, stellten sich jedoch nur selten ein. Faradisiren der Blase, warme Bäder mit darauffolgender ganz kurzer kalter Douche auf die Kreuzgegend trugen das Ihrige zur Besserung bei.

In den Lehrbüchern ist von einem derartigen Vorkommnis nichts erwähnt. Li.

Karl Schuchardt: **Spontane Heilung einer inoperablen bösartigen Blasengeschwulst.** (D. med. Woch. 1896, No. 9.)

57jähriger Arbeiter. Seit vier Jahren Urinbeschwerden, Behinderung und starkes Drängen beim Wasserlassen, keine Schmerzen, im letzten Sommer mehrere Tage lang blutiger Harn; seit sechs Wochen trüber, stinkender Urin, viel Schmerzen im Unterleibe, starke Abmagerung und Entkräftung.

Cachectisch aussehender, stark abgemagerter Mann, fieberlos. Im Bauche oberhalb der Symphyse eine Hervorwölbung der Bauchdecken von ca. Handbreite, beim Betasten straußeneigroßer harter Tumor fühlbar, der beiderseits, besonders links, bis dicht an die Beckenwand heranreicht. Bauchhaut über der Geschwulst wenig verschieblich, sonstige Bauchhaut schlaff, welk, leicht verschieblich. Vom Rectum eine kuglige, das Becken fast ausfüllende Geschwulst fühlbar, die das Rectum zusammendrückt, dicht an die linke seitliche Beckenwand reicht und stellenweise mit ihr verwachsen zu sein scheint, rechts scheint die Geschwulst frei von Verwachsungen zu sein. Prostata von der

nicht die Synthese des Fettes beschränkt ist. Es entsteht Fettsucht. Das ist ein maskirter Diabetes. Diese Fälle entwickeln sich später gern zu Fällen, in welchen die Verbrennung des Zuckers beschränkt ist und die Bergung der Kohlehydrate im Fettpolster auch eine mäßige Einbuße erleidet. Es tritt dann Glycosurie zur Fettsucht hinzu. Das ist der gewöhnliche Diabetes der Fettleibigen." — Gegenüber dieser Annahme einer diabetogenen Fettsucht sucht K. seine Anschauung aufrecht zu erhalten, dass in allen Fällen von lipogenem Diabetes die Fettleibigkeit das Primäre und Ursächliche ist. Bei der angemästeten Fettleibigkeit ist in ätiologischer Beziehung das Hauptgewicht auf die Verminderung oder Einschränkung des Zuckerverbrauches in den fettig degenerirten Muskeln[6]) und vielleicht auch auf die die bedeutsame Function der Leber beeinträchtigende Fettablagerung in den Leberzellen zu legen. Bei solchen Fettleibigen konnte temporäre Glycosurie nachgewiesen und durch ein die Fettleibigkeit bekämpfendes Verfahren auf lange Zeit oder dauernd beseitigt werden. Bei der hereditären Fettsucht ist anzunehmen, dass die hereditäre Anlage zu den beiden Ernährungsstörungen in der einen oder anderen Richtung zur Geltung kommt, zuweilen aber nach beiden Richtungen, dann aber immer zeitlich in der Folge, dass die Lipomatosis universalis die Vorstufe zu dem verwandten Vorgange des Diabetes bildet. K.

Hermann Gessler (Stuttgart): **Die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Rückenmarkskrankheiten.** (Med. Corresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereines, Band LXVI, No. 4.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur entwirft der Verf. ein Bild unserer Kenntnisse von den Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und den Krankheiten des Nervensystems, speciell der Tabes dorsalis. Von eigenen Beobachtungen berichtet er über drei Fälle: der eine betrifft einen „zu Diabetes secundären embolischen Process im Gehirn" bei einem 68jährigen Manne; in den beiden anderen handelt es sich um secundäre Glykosurie, einmal bei einer 58jährigen Frau mit Tabes und ferner bei einer 51jährigen Patientin mit herdförmiger Sklerose, welche das Bild der Brown-Séquardschen Halbseitenlähmung erzeugte. Bemerkenswert ist noch, dass von 50 Tabesfällen des Verf.'s bei 30 zweifellos, bei 10 wahrscheinlich Syphilis vorangegangen ist. — Nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Anschauungen über die Beziehungen zwischen Diabetes und Rückenmarkskrankheiten unterscheidet G. folgende Möglichkeiten:

1) Diabetes mit secundären nervösen Erscheinungen: diabetische Pseudotabes, diabetische Paraplegie nach Charcot (d. i. eine periphere Neuritis).

2) Rückenmarkskrankheiten mit secundären diabetischen Erscheinungen: Glykosurie bei Tabes und herdförmiger Sklerose.

---

[6]) E. H. Kisch, die Muskelkraft bei der Lipomatosis universalis. Prag. Zeitschr. f. Heilkunde, 1886.

3) Diabetes mellitus und Tabes dorsalis bei demselben Individuum, „ohne Abhängigkeit von einander, sondern nur hereditär durch die verwandtschaftlichen Bande der Arthritis verbunden“. K.

Lenné (Neuenahr): **Ueber die Ursache der diabetischen Glykosurie.** (Deutsche med. Ztg. 1896, No. 24.)

L. polemisirt gegen die in Deutschland ziemlich allgemein geltende und in letzter Zeit besonders von v. Noorden vertretene Anschauung, dass die Hyperglykämie beim Diabetes entstehe durch Stauung, weil die Fähigkeit, den Zellen, Zucker zu verbrennen, herabgesetzt sei. Dieser Theorie des Minderverbrauches gegenüber sucht L. an der Hand der vorliegenden experimentellen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen die Richtigkeit seiner Auffassung zu erweisen, nach welcher die diabetische Erkrankung besteht in einem mangelhaften Aufspeicherungsvermögen der Zellen (für Zucker) einerseits und einer secundären, aber in den schweren Erkrankungsfällen primären, Ueberproduction von Zucker Seitens der Körperzellen andererseits — bei Intactheit des Zuckerverbrennungsvermögens derselben.

K.

Zwei Hausmittel gegen die Zuckerkrankheit. (Centralblatt f. pract. Augenheilkunde 1896, No. 3.)

1) Prof. H. W. Vogel berichtet von sich selbst, dass er, seit sieben Jahren an Diabetes leidend, als zum ersten Mal die Karlsbader Kur versagte, zwei Mittel an sich probirte, deren Wirksamkeit ein anderer Diabetiker bereits an sich erfahren hatte: Leinsamenthee und Austern. „Zwei Esslöffel von Leinsaat wurden mit 100 ccm Wasser aufgebrüht, so daß eine schleimige Masse entstand. Diese wurde mit 100 ccm kalten Wassers verdünnt und getrunken, und zwar täglich drei Mal, vor dem ersten Frühstück, vor dem Mittagessen und vor dem Schlafengehen. Später wurde eine größere Menge Thee früh auf Vorrat gekocht und davon zum Trinken je 200 ccm aufgewärmt.“ Daneben ging event. der Genuss von Austern (10—18 Stück pro Tag), der auch ohne gleichzeitig genossenen Leinsamenthee wirksam sein soll. Die wochenlang fortgesetzte Kur war wiederholt im Stande, den Procentgehalt des Zuckers im Harn ganz wesentlich herabzusetzen, wie die mitgeteilten Daten zeigen. Für eine exactere Beurteilung der Wirkung fehlen die Angaben über die 24stündigen Urinmengen und über die Nahrungszufuhr. — „Freilich halfen beide Mittel ebensowenig auf die Dauer wie Karlsbader und Neuenahrer, aber sie sind zugänglicher und das eine, die Austern, sicher schmackhafter.“ Von Seemuscheln wurde eine günstige Wirkung nicht gespürt.

2) Hirschberg berichtet von einem Kurpatienten, bei dem er vor sechs Jahren Zuckerharnruhr nachwies. Im Frühjahr in der Regel 5 pCt. Zucker, nach der Karlsbader Kur 0,1—1 pCt. Ende 1895 schrieb der 71jährige Patient an Hirschberg: „Ich habe vier Wochen lang Bohnenwasser getrunken und dabei Alles gegessen, Brot, Kuchen, Kartoffeln, auch 3 bis

4 Schnitt Pilsener Bier täglich getrunken und doch den Zucker verloren, bis auf $^1/_3$ pCt., ebenso wie vom Karlsbader Mühlbrunnen, bei dem ich kein Bier trinken durfte. Ich nehme jeden Tag drei Hände voll (= 50 g) trockene Bohnenhülsenschalen; die letzteren werden gewaschen, in einen Topf gethan, 3 l Wasser aufgegossen und so lange gekocht, bis das Wasser auf $^3/_4$ l eingekocht ist, was 3—4 Stunden erfordert. Diese $^3/_4$ l Wasser werden im Laufe des Tages kalt getrunken. So jeden Tag vier Wochen lang und länger. (Das Mittel kann ohne Schaden beliebig lange getrunken werden.)“ K.

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

B. Cimino: **Ueber Harnretention im Verlaufe von Blennorrhoe.** (Riforma med. 1895, No. 79. — Wien. med. Wochenschrift 1896, No. 17.)

Cimino behandelt die Frage auf Grund von Studien, die er an Guyon's Klinik anstellte Er betrachtet ausschließlich jene Fälle, wo die Retention ihre Entstehung dem acuten infectiösen Zustand verdankt. Zu beachten ist, dass die Harnretention nie auftritt im Beginn einer acuten Gonorrhoe, sondern erst in der 4.—5. Woche, auch später, zur Zeit, wo die Secretion nur schleimig, serös ist, wohl auch noch später, wenn der Patient sich schon geheilt wähnt und sich Excessen hingiebt. Seltener als Excesse ist der Katheterismus schuld an der Retention. Dieselbe kann plötzlich, aber auch allmählich entstehen, sich während einer Miction einstellen. Das Gefühl des Harndranges kann selbst bei excessiv gefüllter Blase fehlen. Bei der Pathogenese kommen nach Guyon drei Momente in Betracht — das entzündliche, das congestive und das spasmodische, welche allein oder combinirt den Zustand herbeiführen können.

Bezüglich der Therapie ist zu beachten, dass, wenn es sich um keine Complication handelt (Prostatitis, Cystitis, Cowperitis), die blennorrhoische Urinretention meist nur von kurzer Dauer ist und spontan oder auf antiphlogistisch-narkotische Behandlung (Bäder, Clystiere, Opium) schwindet. Nur falls diese Mittel keinen Erfolg haben, ist der Katheterismus indicirt. K.

Lang: **Blennorrhoe der Bartholini'schen Drüse.** (Wien. dermat. Ges., Sitz. v. 26. Febr. 1896. — Wien. med. Presse 1896, No. 13.)

L. stellt ein 17jähriges Mädchen vor, bei welchem er wegen Blennorrhoe der Bartholini'schen Drüse den Ausführungsgang und einen Teil der Drüse resecirt hat. Nach partieller Exstirpation der letzteren unter Localanästhesie wurde die Wundhöhle durch 1 bis 2 versenkte Catgutnähte aufgehoben und die Schleimhautwunde durch Knopfnähte geschlossen Die Heilung ist glatt zu

Schlüsse: „Selbst stark mit Blut vermischter Urin, der aus einer Blasenruptur in die Peritonealhöhle strömt, wirkt auch nach 48 Stunden noch nicht septisch, vorausgesetzt, daß zu häufiges Manipuliren mit dem Katheter unterlassen wird. Laparotomie und Blasennaht sollten deshalb auch noch nach dieser Zeit versucht werden, wenn auch der Patient schon hochgradig collabirt ist; auch wäre im letzteren Falle die Narcose mit Aether vorzuziehen. Hält die Naht nur etwa eine Woche, so ist die Peritonealhöhle durch Verklebungen vor dem wieder austretenden Urin geschützt. Es kann auch bei Wiederaufgehen der Naht, wobei sich der gesamte Urin in den Raum hinter der Blase ergießt, vollkommene Heilung eintreten, über deren Modus sich nur Vermutungen aufstellen lassen." K.

Delagenière: **Exstirpation der Blasenschleimhaut bei Blasentuberculose.** (Soc. de chirurg., 27. März 1895 nach Ann. des malad. d. Org. génito-urinaires, Januar 1896.)

Die Operation betrifft einen Mann von 54 Jahren, der seit einem Jahre an häufigem Harndrang leidet, am 15. Mai 1894 erleidet er eine ihn sehr schwächende starke Hämaturie. Die Mictionen werden wieder normal, am 20. Mai tritt wieder Hämaturie ein, die bestehen bleibt und sehr reichlich ist. Es werden sehr heiße Blasenausspülungen erfolglos angewendet. Die Untersuchung ergiebt, daß der vierte Teil des 24stündigen Urins, etwa 500 g, reines Blut ist. Der Katheterismus gelingt leicht. Die Exploration der Blase ergiebt Nichts, am Ende der Entleerung der Blase kommt reines Blut. Da der Verweilkatheter nicht vom Pat. vertragen wird, macht D. als letztes Mittel die Sectio alta. Die Blase zeigt bei der Operation eine rote, geschwollene und gefaltete Schleimhaut. D. excidirt die ganze Blasenschleimhaut, diese läßt sich an der ganzen vorderen Blasenfläche leicht von der Muscularis ablösen, dagegen war die Schleimhaut auf den Seitenflächen und am Collum der Blase stark adhärent, gerade an diesen Stellen scheint sie am meisten erkrankt. Als die Schleimhaut excidirt war, zeigte die ganze innere Blasenoberfläche eine blutige Fläche. D. macht eine sehr heiße Blasenausspülung, bis das Blut zu rinnen aufhört. — Die histologische Untersuchung der Schleimhautfetzen ergab, daß die Schleimhaut fast ganz aus vascularisirten Granulationen bestand, das Epithel war meist geschwunden. In der Tiefe der Granulationen fanden sich käsige Massen, die Muscularis war intact. Die Diagnose lautet: Chronische Tuberculose der Blasenschleimhaut. — Die Genesung erfolgt ohne Zwischenfälle, Hämaturie tritt nie wieder auf bis zum Tode des Pat. im December 1894 an Lungenschwindsucht. Die Schlüsse aus dieser

Abhandlung sind nach D.: 1) nach der Operation hören Hämaturie und alle cystischen Erscheinungen absolut auf; 2) man kann eine vollkommene Heilung erzielen, wenn allein die Schleimhaut krank ist. Ferner ist nach D. zu constatiren, daß die Hämaturie nicht selten die Blasentuberculose maskirt, ferner ist die Exstirpation der Blasenschleimhaut als eine palliative auszuführen, wenn bei Urogenitaltuberculose Blasenhämaturie erfolgt, ferner ist sie indicirt, wenn das Blasencurettement erfolglos ist. Hz.

X. Ureter und Nierenbecken.

Spaletta: **Zwei Fälle von incompleter Duplicität des Ureters.** (Soc. anatom., Juli 1895 nach Ann. d. malad. d. Org. génit.-urin., Febr. 1896.)

Im ersten Falle handelt es sich um die linke Niere, deren Hilus zwei Nierenbecken umschließt, diesen entsprechen zwei Ureteren, die sich 10 cm von der Blase vereinigen. Ihr Volumen ist normal, eine Gefäßanomalie nicht vorhanden. Im zweiten Falle herrschten ähnliche Verhältnisse und betraf die Duplicität die rechte Niere. Hz.

Boari: **Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial. Recherches experimentelles.** (G.-A., Januar 1896.)

Ueberpflanzung der Ureteren auf die Darmschleimhaut wurde — ohne Erfolg — zuerst von Simon (1875), hierauf von Thomas wegen Blasenectopie versucht, die ersten Tierversuche wurden 1881 von Gluck und Zeller gleichfalls ohne Erfolg ausgeführt. Bardenheuer gelang es zwar, jedoch wegen der Narbenstrictur nicht ohne Hydronephrose. Die ersten günstigen Erfolge wurden von Novaro (1887) gemeldet, allerdings nur bei Hunden. Spätere Beobachtungen zeigten wieder negative Resultate. Giordano und Vignoni veröffentlichten später weitere günstige an Hunden angestellte Versuche. Am Menschen machte Küster 1891 zum ersten Male den Versuch, bei Prostata-, Blasen- etc. Carcinom die Ureteren auf das Rectum überzupflanzen (Tod vier Tage darauf an Peritonitis); besser gelang es Pawlik (1891), die Ureteren in die Scheide einzuleiten. Letztere wurde mit der Harnröhre vernäht und mit Hilfe der Episiorrhaphie geschlossen. Endlich hat Chaput in zwei Fällen, ein Mal beide Ureteren (Exitus letalis), ein Mal einen Ureter (Erfolg) auf das Rectum überpflanzt. Weiterhin sind ähnliche Fälle von Maydl, Trendelenburg u. A. (die

Fürbringer: **Tötliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe.** (D. med. Wochenschrift 1896, No. 2.)

Bei einem 25jährigen, mit schweren Meningitissymptomen in's Krankenhaus Friedrichshain eingelieferten Manne fand F. in der durch Lumbalpunction gewonnenen, eitrig getrübten Cerebrospinalflüssigkeit von den Gonokokken schwer unterscheidbare intracelluläre Diplokokken, zugleich aber acute Gonorrhoe mit dem entsprechenden bacteriologischen Befund im Harnröhreneiter. Die Section ergab eitrige Cerebrospinalmeningitis. Die anfängliche Vermutung, es könne sich um eine Trippermetastase, wie sie u. A. Engel-Reimers und von Leyden beschrieben, handeln, hat sich nicht bestätigt. Vielmehr stellte sich durch das Culturverfahren heraus, daß es sich um epidemische Genickstarre gehandelt, die zufällig einen Gonorrhoiker betroffen.

Der Autor handelt in ausführlicher Weise die Differential-Diagnose zwischen dem Gonococcus und dem Weichselbaum-Jäger'schen Meningococcus intracellularis ab. Indem rücksichtlich der Details auf das Original verwiesen werden muß, sei resumirt, daß die Unterscheidung in Ausstrichpräparaten trotz einiger Unterschiede — schwache Kapselbildung und Neigung zur Kettengruppirung beim Meningococcus etc. — sehr mißlich sein kann, zumal die Gram'sche Methode beide Microorganismen entfärbt. Hingegen giebt die Züchtung in Reinculturen sichere Unterscheidungsmerkmale an die Hand. Insbesondere wächst der Meningococcus auf Glycerin sogar üppig und schnell. Impfungen von Kaninchen und Meerschweinchen fielen negativ aus. Autoreferat.

P. Jacsohn (Washington): **Alkaline injections for the treatment of gonorrhoea.** (Med. Record 1895, 7. Sept. — Centralblatt f. inn. Med. 1896, No. 8.)

Ausgehend von der Thatsache, dass der Gonococcus in saurem Medium zu wachsen fähig ist, nicht aber in alkalischem, und dass die Urethra und Vagina in Folge des sauren Urins und der sonstigen Drüsensecrete für den Gonococcus einen günstigen Nährboden darstellen, behandelt Verf. gonorrhoische Erkrankungen mit alkalischen antiseptischen Injectionen. Da fast immer mit dem Gonococcus vereint Staphylokokken sich finden, welche die Entzündungserscheinungen noch vermehren, wählt er eine Sublimatlösung 1 : 1000, welche durch Alkalien im Verhältnis 0,2 : 3 alkalisch gemacht ist. Daneben giebt Verf. innerlich eine alkalische Mixtur. Die Heilung soll schneller erfolgen, als durch andere Methoden, meist in zwei Wochen. K.

Assmuss: **Zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica bei Männern mittelst Creosotinjectionen.** (Wojenno-medicinski Journal. — Medicinskoe Obosrenie 1896, No. 10.)

Verfasser berichtet über 58 Fälle von Urethritis gonorrhoica bei Männern, in denen er Creosotinjectionen mit vorzüglichem Erfolg ange-

wendet hatte. Das Creosot wurde zu diesem Zweck mit Gummi arabicum zu einer Emulsion verarbeitet; die Stärke der Lösung schwankte zwischen 2—10 zu 1000. Am ersten Tage nach Creosotinjection wurde der Ausfluß aus der Urethra reichlicher, er nahm aber bald wieder ab, wurde dabei serös und verschwand schließlich vollständig. Nach den Beobachtungen des Verfassers kürzt das Creosot den Verlauf des gonorrhoischen Processes um ein Bedeutendes. Complicationen wurden bei der Creosotbehandlung nicht beobachtet, Recidive traten nicht auf. Die Injectionen verursachten keine Schmerzen; im Gegenteil schien das Creosot gewissermaßen anästhesirend auf die Urethralschleimhaut zu wirken. Li.

B. Goldberg: **Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit übermangansaurem Kali.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, No. 4.)

Auf Grund des eingehenden Studiums der Litteratur und seiner eigenen Erfahrungen bespricht nun Verf. in seiner das vorgesteckte Thema thatsächlich vollständig erschöpfenden Monographie die allgemeinen Indicationen der Janet'schen Methode, ihre Technik mit besonderer Berücksichtigung der Frage über die Stärke der anzuwendenden Lösungen des übermangansauren Kali, dann die Wirkungen der Spülungen, ferner die aus Complicationen sich ergebenden speciellen Indicationen und Contraindicationen, sowie die Nebenwirkungen der Spülungen und schließlich den Zeitpunkt der Beendigung derselben. Hierauf giebt Verf. eine ausführliche, übersichtlich geordnete Statistik der mit der Janet'schen Methode erzielten Erfolge und schließt mit folgendem Resumé, welches als Ergebnis einer umfangreichen Sammelforschung besonders beachtenswert ist:

Harnröhrenspülungen mit übermangansaurem Kali mittelst Irrigation nach Janet:

1) sind indicirt bei Nachweis von Gonokokken;

2) sind contraindicirt durch acute Entzündung;

3) beseitigen die Gonokokken in 95 pCt. der Fälle dauernd, und zwar in weit über der Hälfte aller Tripper in 1—2 Wochen, gleichviel in welchem Stadium;

4) sind also auch ein zuverlässiges Abortivum;

5) dieser Erfolg kommt zu Stande durch das Zusammentreffen von mechanischen und chemischen Wirkungen der Spülungen; vielleicht haben sie außerdem — erwiesen ist das bisher nicht — eine echt specifisch-antigonorrhoische Wirkung. Casper.

Gröll: **Rhythmische Contractionen der Muskeln der Urethra und des Dammes bei der Behandlung der Anfangsstadien der Gonorrhoe mittelst forcirter Ausspülungen.** (Dauphiné médical. — Wratsch 1896, No. 4.) (Russisch.)

Um bei der Behandlung der Anfangsstadien der Gonorrhoe die eventuelle Entstehung einer Urethritis posterior zu verhüten, empfiehlt Verf.

eine eigentümliche Modification der forcirten Ausspülungen. Letztere besteht darin, daß man den Patienten auffordert, während der Urethra-Ausspülung rhythmische Contractionen der Urethralmuskeln, der Muskeln des Dammes und des Musculus levator ani auszuführen. Die Ausspülung selbst wird hierbei in der Weise ausgeführt, daß man durch die Urethra einen constanten Flüssigkeitsstrom passiren läßt, und zwar durch einen dünnen Verweilurethralkatheter, der in der Urethra noch so viel freien Raum läßt, daß die Flüssigkeit nach dem Passiren der Urethra nach außen gelangen kann.

Außer der erwähnten Vorbeugung soll dieses Verfahren noch eine ganz bedeutende Beschleunigung des Heilprocesses zur Folge haben. Von den 10 Fällen, in denen Verf. die Behandlung in der geschilderten Weise leitete, trat in 7 in 15 Tagen vollständige Genesung ein, in 3 Fällen in 21 Tagen.

Li.

Preis: **Die Radicalbehandlung des chronischen Trippers bei Männern.** (Medicina [russisch]. — St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1896, Juni.)

Bei 788 Patienten mit teilweise bedeutenden Stricturen sah Verfasser sehr gute Resultate von täglichen Einführungen der Beneke'schen Sonden, die nötigenfalls mit der Sperling'schen Höllensteinsalbe (Arg. nitr. 0,15 bis 0,5, Lanolini 10,0, Cerae albae 2,0) eingeölt wurden. Die Behandlung dauerte 1—4 Monate.

Li.

Marx: **Lavage sans sonde de l'urèthre postérieure et de la vessie.** (Revue de thérap. med. chir. 15. T. 96. — Annales des mal. des org. gén.-ur., März 1896.)

Auf Grund der von Lavaux u. A. gemachten Erfahrungen, welche lehren, daß man in die Urethra posterior resp. Blase auch ohne Anwendung von Kathetern Flüssigkeiten hineinzuschicken vermag, behandelt M. mit bestem Erfolge chronische, in der Urethra posterior liegende Affectionen mit dem nach Janet benannten Verfahren. Verf. beschreibt die bekannten Einzelheiten desselben, warnt vor der Anwendung starker $KMNO_4$ resp. Sublimatlösungen besonders in den Fällen von Cystitis, ferner in den Fällen von Urinretention, bei Prostatitis etc. — Handelt es sich um Erkrankung der Blasenschleimhaut bei gesunder Urethra, so können indifferente Lösungen (Borsäure, Aqu. sterilisata etc.) unbedenklich ohne Sonde in die Blase geleitet werden. Aber auch bei Anwendung stärkerer Lösungen (Arg. nitr. 1:1000, 1:500, 1:300) wurden, falls die Blase sich vollkommen entleerte (wie bei Blasentuberculose), vorzügliche Heileffecte erzielt. Dagegen bildet jede Form der Harnretention eine stricte Contraindication gegen die Anwendung des Verfahrens.

P. Connell Fenwick (New-Zelaland): **Repair of a defect in a strictured urethra by the transplantation of a portion of a sheep's urethra.** (The Lancet, 8. Febr. 1896).

Ein 40jähriger Mann litt an schwerer Cystitis infolge Harnröhrenstrictur, letztere lag $5^1/_2$ Zoll von dem Meatus urethrae entfernt. Es bestanden mehrere falsche Wege: selbst die Einführung eines Katheters No. 1 war schwierig. Es wurde daher die Urethrotomia externa ausgeführt. Die Gewebe des Dammes waren so brüchig, daß man die Mündung in die Blase nicht fand; es wurde deswegen die Blase nach Cock's Verfahren geöffnet und ein Verweilkatheter eingeführt. Es bestand also offenbar ein bedeutender Defect der Harnröhre zwischen hinterer und cavernöser Portion. Verf. versuchte daher die Transplantation eines Stückes Harnröhre vom Schafe in die Lücke, um so die Continuität wieder herzustellen und das fehlende Stück der Harnröhre so zu ersetzen. Einem kräftigen Hammel wurde in Narkose die Harnröhre ausgeschnitten und davon ein schmales Stück als Transplantationslappen ausgewählt; dann wurde die Portio cavernosa des Pat. an der Uebergangsstelle in das morsche Stück der Harnröhre von den brüchigen Geweben gesäubert und die Wundränder angefrischt. Die indurirte Perineal-Wunde wurde genügend erweitert, um Durchgang für das transplantirende Harnröhrenstück zu gewähren. Aehnlich wurde die hintere Oeffnung der Harnröhre vorbereitet, ein elastischer Katheter durch die Portio cavernosa urethrae ein- und durch die Perinealöffnung herausgeführt. Ueber die Spitze des Katheters wurde nunmehr die Harnröhre vom Schafe geschoben und in dem in der Perinealsubstanz angelegten Kanal adaptirt. Nunmehr wurde, als die Spitze des Katheters in die Oeffnung der Pars posterior urethrae und die Blase hineingestossen worden war, das Transplantationsstück mit einigen Nähten in seiner Lage befestigt, so daß es mit dem vorderen und hinteren Teile der Harnröhre continuirlich zusammenhing. Der Verweilkatheter wurde befestigt und die Hautwunde durch Naht vereinigt. Die Wunde heilte und die Harnröhre scheint sich in ihrer neuen Lage gefestigt zu haben, denn die Continuität der Harnröhre ist vollständig. Der Urin wird normal entleert. Ueber das Endresultat kann man zwar noch nicht urteilen, aber der augenblickliche Erfolg läßt doch der Hoffnung Raum. Mode.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

R. Virchow: **Beitrag zur Geschichte der Lues.** (Dermatologische Zeitschrift.)

Verf. giebt ein paar kleine Additamenta ad historiam syphilidis, angeregt durch die im Augenblick in Amerika erwachte Leidenschaft, den Spuren der präcolumbischen Syphilis nachzuforschen, um so mehr, als seit Anfang des 16. Jahrhunderts immer wieder in kurzen Zwischenräumen der Gedanke des Imports der Syphilis aus Amerika aufgetaucht ist. Er weist zunächst auf zwei Figuren aus unserem Museum hin, welche beide von Chimbote stammen, und von denen die eine, ein Mann, zahlreiche kleine Knoten am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, die andere, eine Frau, einen glatten Defect der Nasenspitze mit einer sehr engen, scheinbar retrahirten Mundspalte und tiefen, von den Mundwinkeln zum Unterkiefer herabziehende Falten zeigt. Diese Figuren verdienen nach Ansicht Virchow's genauer gewürdigt zu werden; er enthält sich jedoch eines Urteils über die Diagnose und weist auf die große Schwierigkeit hin, bei den amerikanischen Funden die Chronologie festzustellen. Berücksichtigt müsse auch die linguistische Frage werden, da es vielleicht gelänge, aus den Ursprachen der Eingeborenen etwas über die präcolumbische Syphilis zu erfahren. Am geeignetsten für die Untersuchungen sind aber unzweifelhaft die wirklichen Ueberreste der Menschen, die Knochen, welche dem „Zahn der Zeit" Widerstand leisten, sich unverändert erhalten und daher eher beurteilt werden können. Auch in Amerika ist seit ungefähr 10 Jahren das Interesse an den prähistorischen Knochen allmählich gewachsen und es werden immer mehr Beispiele von Knochen mit syphilitischen Veränderungen angeführt. Leider fehlt den Berichten darüber die wirklich exacte Beschreibung. Es werden Verdickung der Knochen, Anfüllung der Markhöhle mit Knochensubstanz, Eburnation, Anschwellung und Höcker, gelegentlich auch Erosionen und geschwürige Stellen angegeben, jedoch keine dieser Veränderungen hält Verf. für so characteristisch, daß er sagen könnte: „sie muß syphilitisch sein"; denn ganz ähnliche Zustände kommen in anderen Gebieten der Prähistorie, nämlich bei den Knochen der sogen. Höhlenbären vor, ohne daß Jemand daran denken wird, sie mit Syphilis in Verbindung zu

bringen. Diese Zustände entsprechen unserer Arthritis deformans und werden von Verf. „Höhlengicht" genannt. Wie schwierig es ist, aus gewissen Funden sich mit solchen Analogien abzufinden, zeigt Verf. an einem Stück eines Schädeldaches, welches an seiner äußeren und inneren Oberfläche eine Masse von Löchern und Erosionen, also Veränderungen zeigt, welche mit den syphilitischen identisch zu sein scheinen. Er fand schließlich jedoch durch genaue Untersuchungen, daß diese Veränderungen postmortale, durch Pflanzen unter Mitwirkung von Schnecken und Würmern herbeigeführt seien. Zum Beweise für die bestehende Knochensyphilis sind nach Verf.'s Ansicht die in der amerikanischen Litteratur sehr häufig angeführten Hyperostosen und Eburnationen zwar sehr wichtig, jedoch nicht vollkommen sicher, sondern für die einzig sichere und pathognomische Erscheinung hält er nur die Narbe, welche nach einer gummösen peripherischen Ostitis zurückbleibt, also das, was er mit dem Namen „Caries sicca" bezeichnet hat. Eine andere Krankheit, welche solche Veränderungen macht, kennt Verf. nicht. Zum Schluß kommt er auf die Aehnlichkeit der pathologischen Erscheinung an den Knochen bei Phosphorvergiftung und Syphilis zu sprechen und weist besonders auf den diagnostischen Wert der Verknöcherungslinie, welche dem Phosphor eigentümlich ist, und der Verkalkungslinie bei Syphilis congenita hin.

Arnheim.

Fournier: **De la contagion médicale de la syphilis.** (La France méd. 1896, No. 1.)

Die Ansteckung kann vom Arzte ausgehen und den Kranken betreffen oder umgekehrt, der Arzt kann sich an seinen Patienten syphilitisch inficiren. Im ersten Falle kann man drei Methoden der Ansteckung unterscheiden:

1) die Ansteckung durch die Hände,
2) durch die Instrumente,
3) durch die Uebertragung organischer Substanzen eines syphilitischen Organismus auf einen gesunden.

Die Ansteckung durch die Hände ist der häufigste Modus, den Fournier durch zahlreiche Beispiele illustrirt. Besonders häufig ist er in der Geburtshilfe, und hier sind es wiederum die Hebammen, welche noch häufiger als die Aerzte kleine Epidemien von Syphilis erzeugen. — Von den Instrumenten kommen besonders in Frage die Aderlaßlanzette, mit der vor Allem die Barbiere früher vielfach gesündigt haben, dann das Speculum, der Zungenspatel, der Höllensteinstift, bei dem es nach Fournier wahrscheinlich der hölzerne Träger und nicht der Stift selbst ist, durch welchen die Uebertragung geschieht.

— Der dritte Modus vollzieht sich gewöhnlich bei der Transplantation von Hautstücken oder von Zähnen, die von einem syphilitischen Individuum auf einen gesunden Menschen übertragen werden. Vor Allem aber kommt hier die Vaccination in Betracht. Man hat in diesem Jahrhundert 30 syphilitische Epidemien durch Vaccination entstehen sehen, Fournier selbst hat drei solche beobachtet.

Auf der andern Seite hat die professionelle Infection der Aerzte in der Praxis eine ziemlich beträchtliche Ausdehnung. Der Arzt kann im Gesicht und an der Hand inficirt werden, im Gesicht dadurch, daß er von dem Kranken angehustet wird. Am meisten sind aber die Finger des Arztes bedroht. Der Schanker der Hand ist der ärztliche Schanker par excellence. Die Eingangspforten bilden kleine Excoriationen, Ekzeme, Nietnägel und sonstige Substanzverluste. Grosse Sorgfalt ist also bei der Untersuchung Syphilitischer vom Arzte anzuwenden, um so mehr als die professionelle Syphilis der Aerzte im Allgemeinen einen sehr schweren und zuweilen tötlichen Verlauf nimmt. Für diesen hat man den besonderen Modus der Infection an den Händen verantwortlich machen wollen; Fournier sah indessen den Grund in anderen Umständen. Nach ihm bietet der Arzt Verhältnisse dar, welche für die Entwicklung der Krankheit sehr günstig sind: 1) der Arzt ist durch die Infection moralisch deprimirt — viel mehr als irgend ein Laie, 2) der Arzt ist überanstrengt durch seine ärztliche Thätigkeit, 3) er wird schlecht behandelt. Fournier versichert, daß der Arzt stets in schlechterer Behandlung ist, als irgend ein Patient in der Privatpraxis oder im Krankenhause, und zwar vielfach aus Mangel an Zeit, oft auch in Folge einer gewissen Gleichgiltigkeit oder einer therapeutischen Skepsis und besonders oft, weil er eine Autorität nach der andern consultirt und so der Behandlung ein fester Plan fehlt.

K.

Fournier: **Extragenitale syphilitische Schanker in Constantinopel.** (Soc. française de Dermatologie et Syphiligr. nach La Médec. mod., 14. März 1896, No. 22.)

F. teilt mit, daß die Zahl der extragenitalen syphilitischen Schanker in Constantinopel weit größer ist als irgend wo anders, man beobachtet die Läsionen nach der Höhe der Frequenz 1) am Anus, 2) an der Brust, 3) an den Mandeln. Ferner erwähnt F. eine wahre Epidemie von Schankern an der Stirn zwischen den Augenbraunen, die ihren Ursprung therapeutischer Bestrebung eines Klosters verdankt. Ein Mönch, der die Gelbsucht coupiren soll, macht zu diesem Zweck Scarification an der erwähnten Stelle und saugt das Blut aus. Diesen so erzeugten Schankern folgte manchmal eine besonders schwere Syphilis, da die Kranken sich weigerten, einer specifischen Behandlung sich zu unterwerfen. Hz.

Nejelow: **Syphilisübertragung durch eine syphilitische Leiche.** (Wratsch 1896, No. 8.)

Gelegentlich eines Vortrags über extragenitale Syphilisinfection im ärztlichen Verein zu Kiew berichtete N. über einen von ihm neuerdings beobachteten Patienten, der mit Bestimmtheit angab, seine Syphilis von einer syphilitischen Leiche aquirirt zu haben. — Gewiß wäre es von Wichtigkeit, auf Grund zahlreicherer Beobachtungen festzustellen, ob eine derartige Syphilisinfection überhaupt möglich ist. Lubowski.

Besnier: **Schanker der Mamma.** (Ann. de derm. et de syph. 1896, No. 2).

B. stellt vor der „Soc. de derm. et de syph." eine Frau vor, die vor vierzehn Tagen ein gesundes Kind geboren hat und jetzt an der linken Brustwarze ein seit dem Anlegen des Kindes entstandenes Ulcus zeigt, ohne deutliche Induration, ohne beträchtliche Drüsenschwellung, von ziemlich heller Farbe. Da eine sichere Diagnose nicht zu stellen ist, schlägt Fournier vor, bis zur endgiltigen Entscheidung das Kind an die rechte Brust zu legen und die Milchsecretion der linken durch das Anlegen eines jungen Hundes zu unterhalten.

Dreyer.

Dr. Popper: **Fall von luetischer Infection bei der rituellen Circumcision.** (Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 5. Februar 1896.)

P. stellt aus der Abteilung des Prof. Lang einen Fall vor, der ein besonderes Interesse darbietet durch eine Art der Aetiologie der luetischen Infection, die gegenwärtig wenigstens zu den seltenen Vorkommnissen gehört.

Es handelt sich um ein sieben Monate altes Kind, welches bei der rituellen Circumcision luetisch inficirt wurde. Eine Woche nach der rituellen Circumcision, welche an dem demonstrirten Kinde, als es eine Woche alt war, vorgenommen wurde, will die Mutter bereits eine Schwellung des Gliedes bemerkt haben, wozu nach drei Wochen auch eine Schwellung der Drüsen in der Leiste sich hinzugesellte. Um dieselbe Zeit etablirte sich am Gliede ein Geschwür, welches trotz ärztlicher Behandlung keine Tendenz zur Heilung zeigte, im Gegenteil immer mehr sich vergrößerte und auch heute noch fortbesteht. Im dritten Monate trat ein Ausschlag auf, der nach mehrwöchentlichem Bestande unter interner Calomelbehandlung zum Schwinden gebracht wurde, während die Schwellung der Drüsen bis zum fünften Monate stationär blieb. Um diese Zeit begannen die Inguinaldrüsen zu vereitern, gleichzeitig schwollen die Halsdrüsen beiderseits an und abscedirten ebenfalls in kurzer Zeit. Weitere Drüsenschwellungen traten in der Axilla und rechterseits vor dem Ohre auf. Acht Tage vor der am 30. Januar 1896 erfolgten Spitalsaufnahme trat abermals ein Ausschlag auf.

An dem sehr herabgekommenen Kinde, dessen Fettpolster vollkommen geschwunden und die Haut schlaff und welk ist, fällt nächst dem fast

greisenhaft aussehenden Gesichtsausdruck und der sehr großen Cachexie auf die excessive Schwellung der Drüsen am Halse und in inguine. An diesen beiden Orten wurden die vereiterten Drüsen bereits incidirt und eine bedeutende Menge Eiter entleert. Die Schwellung der Halsdrüsen ist besonders stark entwickelt, wodurch die Configuration des Kopfes und der Halsgegend ein ganz eigentümliches Aussehen gewinnt. Von luetischen Erscheinungen zeigt das Kind gegenwärtig die exulcerirte, ungefähr kreuzergroße Sclerose am Penisintegument, nebst einer ausgesprochenen Lymphstrangsclerose; ein zum Teile bereits involvirtes, zum Teile noch vorhandenes papulöses Syphilid am Gesicht, Kopf, Stamm und Extremitäten, Palmar- und Plantarsyphilid, sowie eine Paronychie an der linken kleinen Zehe und ein Infiltrat im linken Nebenhoden.

Eine pathologische Veränderung der Knochen ist nicht vorhanden, ebenso bieten die inneren Organe, abgesehen von einer leichten Milzvergrößerung, nichts Abnormes.

Ein erhöhtes Interesse gewinnt der Fall durch den Umstand, daß der Beschneider, wie die Mutter des Kindes erzählt, noch zwei andere Kinder bei der Beschneidung inficirt haben soll.

Ob nun der Beschneider selbst luetisch ist, oder ob die Uebertragung mittelst der bei der Operation benutzten Instrumente erfolgte, konnte vom Vortragenden nicht eruirt werden. Autoreferat.

Wilhelm Vajda: **Weitere Fälle von extragenitaler Syphilis.** (Pester med.-chir. Presse 1896, No. 16.)

Verf. hat im Laufe der letzten 3 Jahre 21 Fälle extragenitaler Infection und 1 Fall von Syphilis d'emblée beobachtet. Darunter sind 12 Männer und 10 Frauen. Nach der Localisation handelt es sich 12 Mal um Lippensclerose (1 Mal durch Biss, 1 Mal durch Kuss entstanden), ferner saßen: 1 Sclerose an der Tonsille, 1 am Zahnfleisch (Zahnextraction), 1 am Kinn, 1 am Scheitel (Infection durch die Mutter), 1 am Hals, 1 an der Mamma (Stillung eines fremden Kindes), 1 am rechten Daumen (bei einer 57jährigen Hebamme), 1 an der linken Schenkelbeuge. Die Syphilis d'emblée betraf einen 18jährigen Juristen, der nie einen Coitus ausgeübt hatte und am Halse, Rumpfe, an der Innenfläche der oberen Extremitäten, an den Unterschenkeln hirsekorn- bis erbsengroße rote Papeln ohne Primäraffect und Drüsenschwellungen zeigte. K.

A. Shillitoe: **Eighteen cases of indurated pseudo-chancres.** (The Lancet 1896, 30. Mai.)

Es handelt sich hier um die nämlichen Erscheinungen, welche früher von Hutchinson als Rückfallschanker („relapsing"), von Bumstead als recurrirende Schanker bezeichnet wurden, Geschwüre von typischem Aussehen, die an der nämlichen Stelle wie der primäre Schanker oder aber von demselben entfernt und 3 Monate bis 25 Jahre nach ihm auftreten können,

mit der syphilitischen Infection nichts zu thun haben, indem sie nur dann von secundären Symptomen begleitet werden, wenn sie sich kurz nach dem Primäraffect einstellen, auf welchen sie dann auch bezogen werden müssen. Mikroskopisch und morphologissh lassen sie sich vom wahren harten Schanker nicht unterscheiden.

Gestützt auf die angeführten Merkmale möchte S. mit Fournier die alten Bezeichnungen („relapsing" und „recurrent") durch den Namen „harte Pseudoschanker" ersetzt wissen. — Er hat auch die Erfahrung gemacht, daß sie zuweilen malign entarten. E. Heuß.

E. Heuss: **Zwei Fälle von extragenitaler Initialsclerose.** (Monatshefte f. pract. Dermat., Bd. XXII, No. 9.)

Der erste Fall betrifft eine 40jährige Frau, die ein typisches, mandelförmiges, radiär zum Anus gestelltes Geschwür der linken Hinterbacke zeigte. Ausbruch eines maculösen Syphilids nach vier Wochen. — Infection wahrscheinlich durch den Ehemann.

Im zweiten Falle, Ulcus specif. der Unterlippe bei einer Kellnerin, konnte nicht sofort die Diagnose gestellt werden, da die inficirte Stelle (woher?) infolge vorangegangener unzweckmäßiger Behandlung (wiederholte Höllensteinätzung, Salben etc.) ein kraterförmig ausgelochtes, reichlich stinkenden Eiter secernirendes, höckeriges, schmerzhaftes Geschwür bildete, von dem ein bleistiftdicker, knolliger Strang zur linken vergrößerten, druckempfindlichen Submaxillardrüse sich hinzog. Symptomatische Behandlung. Acht Wochen nach Auftreten des Ulcus: maculo-papulo-pustulöses Exanthem, Haarausfall, Erythem von Gaumen und Rachen, Iritis.

Trotz der schweren Allgemeinsymptome im zweiten Falle teilt H. nicht die Ansicht von der durch die Localisation bedingten Gefährlichkeit extragenitaler Sclerosen. Dieselbe hängt vielmehr von anderen zufälligen äußeren Umständen: zu später Diagnosestellung, Mischinfection, Beruf, Alter, Geschlecht etc. ab. Drei weitere Fälle von Extragenitalsclerose, die H. früher beobachtete (Bauch, Oberlippe, Zeigefinger und Penis zugleich), verliefen ebenfalls günstig. H.

Goldenberg: **Syphilitische Reinfection.** (Eschenedelnik. — St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1896, Juni.)

Verfasser hat sich auf Grund seiner in 2 Fällen gemachten Beobachtungen überzeugen können, daß die einmal durchgemachte syphilitische Infection vor einer zweiten Infection nicht zu schützen vermag. Li.

Galezowsky: **Die Uebertragung der Augensyphilis auf die zweite Generation.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphil. nach La France méd. 1895, No. 51.)

G. beobachtete vier Fälle, in denen specifische syphilistische Augenerkrankungen bei Personen auftraten, deren Eltern keine Symptome der Lues zeigten, deren Großeltern dagegen Lues acquirirt hatten. Der erste Fall

Brown: **Ein Fall von Cystitis und Pyonephrose durch den Bacillus coli mit Nephrectomie.** (New-York medic. Journ., 9. Febr. 1895.)

Ein 40jähriger Mann war 1888 wegen einer Cystitis behandelt worden, nach seiner Entlassung aus dem Spital zeigten sich Symptome der Pyonephrose, bei seiner erneuten Aufnahme 6 Jahre später fand man Schmerz und eine Resistenz bei Palpation der linken Nierengegend. Eine Nephrectomie fand statt, wobei sich herausstellte, daß das Nierenbecken sehr viel Eiter enthielt. Die bacteriologische Untersuchung ergab den Bacillus coli in Reincultur.

Hz.

Swift: **Krebs der rechten Niere, Nephrectomie, kein Recidiv nach 18 Monaten.** (Boston medic. and surg. Journal, 18. April 1895, nach Annal. d. malad. d. Organs génit.-urinaires, Februar 1896.)

Die Beobachtung betrifft einen 47jährigen Mann, der nur ziemlich ausgeprägte Anämie darbot. In der rechten Seite fand sich ein Tumor von der Größe einer kleinen Cocosnuß, der beweglich unterhalb der Rippen lag. Die Nephrectomie wurde gemacht und ging deren Ablation ohne Schwierigkeit vor sich, der Ureter wurde an seinem Ende mit Carbollösung touchirt, die Gefäße mit Seide unterbunden. Die Geschwulst war ganz in die Niere eingekapselt, und die histologische Prüfung zeigte, daß es sich um ein Carcinom handelte. Heilung in 33 Tagen, ein Recidiv ist seit 18 Monaten nicht eingetreten.

Hz.

Cramer: **Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse und der Querresection der Niere.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1896, März.)

Der casuistische Beitrag des Verf.'s zerfällt in 2 verschiedene, von einander getrennte Teile, deren zweiter Teil hier interessirt.

An die ausführliche Mitteilung von 2 Fällen von Querresection der Niere aus der Bardenheuer'schen Abteilung des Kölner Bürgerhospitals, von denen der eine letal verlief, der andere mit Genesung des Pat. endete, knüpft Verf. zunächst eine geschichtliche Uebersicht der von Bardenheuer zuerst vorgeschlagenen Operation. Durch die 1887 auf Veranlassung Bardenheuer's an Hunden angestellten Experimente ist der Nachweis geführt worden, daß bei diesen Tieren Stücke einer Niere ohne besondere Störung des Allgemeinbefindens und ohne directe Operationsgefahr entfernt werden können und daß die Niere das verlorene Gewebe durch Hyperplasie zu ersetzen sucht und auch wirklich ersetzt. Zur Ausführung dieser Operation an Menschen

Lungenbefund sich zur Norm zurückbildete. Pat. ist jetzt vollständig gesund und arbeitsfähig. Verf. hält diesen Fall für einen Beweis dafür, daß zwischen Syphilis und Tuberculose ein Antagonismus besteht, der bewirkt, daß erstere auf letztere einen heilenden Einfluß ausübt.

Lw.

Du Castel: **Eine Erkrankung, die einem syphilitischen Schanker gleicht.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphiligr. nach La Médec. mod., 14. März 1896, No. 22.)

C. stellt einen Pat. vor, bei dem er an dem Penis ein Leiden entdeckte, das absolut dem syphilitischen Schanker gleicht; bei Erhebung der Anamnese erfuhr er, daß der Pat. vor 6 Jahren von Fournier eines syphilitischen Schankers wegen in Behandlung war; drei Wochen vor dem Eintritt des Pat. in die Behandlung von C. traten an derselben Stelle zwei Knoten auf, aus denen die nunmehr sichtbaren, an jeder Seite des Frenulums vorhandenen Geschwüre entstanden. C. hat eine syphilitische Reinfection aber nie gesehen. Auch Fournier muß die Ansicht C.'s von der Gleichheit der Läsion mit einem syphilitischen Ulcus bestätigen, rät aber, zur Sicherstellung der Diagnose einen Monat zu warten, er hat nie einen Fall von syphilitischer Reinfection beobachtet. Besnier rät, den Pat. einer energischen Jodkalikur zu unterwerfen, um ex adjuvantibus über die Natur des Leidens in's Klare zu kommen, auch er kennt keine Reinfection. Baudoin warnt davor, aus dem Ansehen allein einen syphilitischen Schanker zu diagnosticiren und teilt einen ähnlichen Fall mit. Vor einigen Jahren diagnosticirte er einen harten Schanker bei einem Manne, der gegen die Diagnose energisch protestirte, da 5 Jahre zuvor von einem hervorragenden Syphilidologen die gleiche Diagnose gestellt worden war. Pat. befolgte die seiner Zeit ihm gegebene Vorschrift nicht, es traten keine secundären Erscheinungen ein. Die Diagnose von Baudoin wurde aber von Fournier bestätigt, und auch die Entwicklung der Krankheit bestätigte die Diagnose der Lues. Es giebt also Läsionen, die einen Irrtum in der Diagnose herbeiführen und bewirken, daß eine Zahl von Kranken mit Unrecht als Syphilitiker betrachtet wird.

Hz.

L. Nielsen: **Circinäre syphilitische Exantheme (Neurosyphilide-Unna).** (Monatshefte für practische Dermatologie, XXII. Bd., 1896.)

Das frühe syphilitische Exanthem, die Roseola, pflegt bisweilen mehrere Male, anscheinend mit unverändertem Character, zu recidiviren. In der That nimmt jedoch jedes Recidiv, zumal das spätere, eine von der gewöhnlichen Roseola etwas abweichende Formen, und unterscheidet demgemäß Fournier drei Formen: die Roséole de retour, Roséole ortiée und die Roséole circinée. Diese letztere tritt meist in den ersten drei Jahren nach der Infection, bisweilen auch später auf, und ist durch ihre ausgeprägt münzen-

förmige Gestalt characterisirt. Sie wird auch Roseola tardiva oder Erythème circinée syphilitique tertiaire (Fournier) oder Neurosyphilid (Unna) benannt. Diese Exanthemform kommt, wie Verf. hervorhebt, bei genauer und andauernder Beobachtung von Syphilitikern garnicht so sehr selten vor. In vorliegender Arbeit werden 23 Fälle mitgeteilt. Die Roséola circinée tritt in verschieden langen Zeiträumen von ca. 10 Monaten bis zu zwei, vier und fünf Jahren nach der Infection auf. Es sind aber auch Intervalle von 13—19, ja sogar bis zu 46 Jahren beobachtet worden. In allen mitgeteilten Fällen hat die Syphilis vor dem Erscheinen des Spätexanthems einen im Ganzen milden Verlauf gehabt; gummöse Affectionen sind nicht zur Beobachtung gekommen. Andere Autoren (Brauman etc.) haben aber auch Fälle mitgeteilt, wo recht schwere Symptome vorangingen. Der Grund für das so späte Auftreten des Exanthems liegt nach Fournier, Brauman u. A. daran, daß die betreffenden Individuen meist eine überaus energische, andauernde (intermittirende) Behandlung durchgemacht hatten. Nach der bisher vorliegenden Statistik scheint das weibliche Geschlecht für diese Efflorescenzform mehr disponirt zu sein.

Die Roséole circinée nimmt gleich beim Entstehen ihre volle und bleibende Größe an, zeigt hinsichtlich ihrer Gestaltung sowohl in ihren einzelnen Elementen, wie auch in den Combinationen einen durchaus prägnanten Typus, ist in Bezug auf ihr Bestehen von unbeschränkter Dauer, trotzt hartnäckig jeder Behandlung und neigt sehr zu Recidiven. Sensibilitätsstörungen wurden bei ihr ebensowenig wie bei der gewöhnlichen syphilitischen Roseola gefunden und nur ab und zu ein gleichzeitiges Bestehen anderer syphilitischer Affectionen beobachtet.

Die pathologische Anatomie und Histologie dieser Efflorescenzform ist von Unna genauer studirt worden, welcher selbige nicht für Syphilom der Haut, sondern der Gefäßnerven derselben, für ein chronisch neurotisches Erythem hält.

Zum Schluß bespricht Verf. noch genauer die Diagnose und Differentialdiagnose, die Prognose und Therapie. Während hinsichtlich der Wirkung einer specifischen Behandlung die Ansichten der einzelnen Autoren recht abweichend und meist wenig günstig sind, hat N. im Gegenteil recht gute Resultate sowohl von Jodkalium allein als auch von Inunctionen oder einer Combination beider zu verzeichnen. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Ciarrocchi: **Exsudative Pleuritis im Rosealstadium der Syphilis.** (Ital. Ges. f. Dermat. u. Syph. — Wien. med. Presse 1896.)

C. beobachtete 3 Fälle, in deren einem es sehr rasch zur Thoracocentese kam, und fand in der Litteratur noch 14 Fälle, die 1—2 Monate nach der Initialsklerose aufgetreten waren.

In der Discussion hält Campana die Pleuritis für eine Begleiterscheinung, nicht für ein Symptom der Syphilis. Ciarrocchi meint, den bezeichneten Pleuritiden pflegen schwere Infectionen zu folgen. K.

Heinrich Rosin: **Acute Myelitis und Syphilis.** (Zeitschr. für klin. Med. 1895, 30. Bd., 1. und 2. Heft.)

In kurzer Uebersicht wird die Lehre vom Zusammenhang der Syphilis mit den Erkrankungen des Centralnervensystems dargestellt, unter Hinweis auf die Arbeiten von Fournier (1095 Erkrankungen des Nervensystems auf 3429 tertiäre Syphilisfälle), v. Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten), Heubner (Luetische Erkrankung der Hirnarterien), Virchow, Koester, Friedlaender, Baumgarten, Rumpf, Juillard (Kleinzellige Infiltration in der bindegewebigen Umgebung der Gefäße, der Meningen und der Neuroglia), Oppenheim und Siemerling (Wucherung und Verdickung der Meningen), Erb (Syphilitische Spinalparalyse), Kahler (Syphilitische Wurzelneuritis). Nach den bisherigen Erfahrungen scheint am häufigsten Gehirn und Rückenmark gemeinsam von der Syphilis ergriffen zu werden, seltener findet sich die Erkrankung des Rückenmarkes allein. Von den reinen Fällen soganannter syphilitischer Rückenmarkserkrankung zeigt die größere Zahl einen chronischen Verlauf, als die seltensten sind die acuten und uncomplicirten (auch ohne Gummabildung verlaufenden) Formen zu betrachten, besonders sind die Beziehungen der Syphilis zur acuten, uncomplicirten Myelitis nur selten gewürdigt worden. An der Hand eines vom Verf. beobachteten und genau mitgeteilten Falles von acuter Myelitis auf syphilitischer Basis, sowie von 11 aus der Litteratur gesammelten sicheren Fällen mit Obductionsbefund (Fälle von Möller, Goldflam, Hoppe, Schmaus, Homolle, Walker, Savard, Schultze, Juillard) giebt Verf. ein eingehendes Bild von dem klinischen Verlauf und histologischen Befunde bei der acuten Myelitis auf syphilitischer Grundlage. Der Process stellt sich dar als eine hochgradige Ernährungsstörung des Gewebes, wesentlich bedingt durch eine primäre tiefgreifende Gefäßerkrankung, welche als luetische anzusehen ist. Bemerkenswert ist das verhältnismäßig frühzeitige Auftreten der Krankheit nach dem Primäraffect. — Während die herangezogenen Fälle sämtlich letal verlaufen sind, trotz antiluetischer Kur, sind andere Fälle in der Litteratur mitgeteilt, in denen sich dasselbe Symptomenbild ausgeprägt hatte, die trotzdem zur Heilung gekommen sind. Ob die antiluetische Kur hier die Besserung bezw. Heilung erzielt hat, lässt sich nicht beweisen. Es ist indes wenig wahrscheinlich, da Baumgarten gezeigt hat, dass selbst die geringste Endothelwucherung der Intima durch eine antiluetische Kur nicht mehr rückgängig gemacht werden kann, vielmehr lässt sich in solchen Fällen nur annehmen, dass die specifische Kur nur das syphilitische Virus vernichtet und so ein weiteres Fortschreiten der Gefäßerkrankung verhindert, während das Rückenmark der herabgesetzten Ernährung sich allmählich wieder angepasst und schließlich erholt hat. — Ein 88 Nummern umfassendes Litteraturverzeichnis über den erörterten Gegenstand ist der Arbeit angeschlossen. K.

jegliche Erscheinungen von Hysterie. Trotz Anwendung aller möglichen Mittel vermochte Verf. in keinem Falle eine Besserung des Krankheitszustandes zu erzielen. In 6 Fällen handelte es sich um junge, verheiratete Frauen, die über unangenehmen Geschmack im Munde, Uebelkeit, Aufstoßen, Appetitmangel, über Schnürgefühl im Magen und in der Speiseröhre, über Druck in der Magengrube nach jedem Essen, Speichelfluß, Verstopfung, Schwindel klagten. Verf. gelangte auf Grund eingehender Beobachtung seiner Fälle zu der Annahme, daß diese, auf eine motorische Magenneurose hindeutenden Erscheinungen durch den von den Patientinnen geübten Coitus interruptus verursacht wurden. Bei einer 30jährigen Patientin, die volle 2 Jahre an den Folgen ihres „Nichtschwangerwerdenwollens" litt, schwanden sämtliche Erscheinungen, als sie auf Anraten des Verf.'s eine längere Badereise ohne Begleitung ihres Mannes unternahm; die Krankheitserscheinungen kehrten aber wieder, als die Patientin nach Hause zurückkehrte und den unregelmäßigen Coitus wiederum ausübte. — Außerdem beobachtete Verf. 2 Fälle, in denen die sexuelle Dyspepsie durch den wegen der frühzeitigen Ejaculation bei den Männern zu rasch verlaufenden Coitus verursacht wurde.

Die Behandlung der sexuellen Dyspepsie ist eine der schwierigsten und undankbarsten Aufgaben des practischen Arztes, und zwar aus dem Grunde, daß sich hierbei die Ursache schwer beseitigen läßt. Li.

Dr. Schuster (Nauheim): **Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System.** (Vortrag, gehalten auf dem XVII. Balneol. Congress in Berlin.)

Der periphere Reiz, welchen die Kohlensäure im Wasser- oder Gasbade auf die Haut ausübt, gibt sich kund in Rötung der Haut und dem Gefühl von Wärme und Prickeln, welches an den Geschlechtsteilen und in der Nähe derselben am bedeutendsten ist. Der periphere Reiz geht centripetal weiter und ruft dadurch eine Veränderung im Nerven- und Gefäßsystem hervor. Die Verzweigungen der Geschlechtsnerven gehen sehr nahe zur Peripherie und es kann nicht auffallend sein, daß die Centren der Geschlechtssphäre beeinflußt werden, und zwar sowohl das im Cerebrum gelegene für die Libido, als auch das im Lendenmark befindliche Erections- und Ejaculationscentrum.

Die CO_2 ist dann anzuwenden, wenn eine Anregung erzielt werden soll, also beim männlichen Geschlechte nur dann, wenn eine auf nervöser Basis beruhende Herabminderung der Libido und Erection besteht. (Die durch Diabetes, Nephritis, Tabes etc. hervorgerufenen Formen sind auszuschließen.) Contraindicirt ist Spermatorrhoe und Ejaculatio praecox, weil es sich ja hierbei schon um gesteigerte Erregbarkeit des spinalen Ejaculationsapparates handelt, ferner schwere Formen der Impotentia paralytica und psychica. Zu achten ist auch auf perverse Geschlechtsempfindung.

Die frühzeitig beginnende senile Impotenz ist ein günstiges Feld. Ob bei retardirter Ejaculation und Herabminderung des Orgasmus die CO_2 vorteilhaft einwirken kann, muß die weitere Beobachtung lehren.

Beim weiblichen Geschlechte spielt ebenso wie beim männlichen der Zustand der Depression, des Torpors die Rolle, Exaltationszustände sind auszuschließen. Kisch und Loimann empfehlen die CO_2 bei Dyspareunie, Anaphrodisie (Ausfall von Wollustempfindung), welche häufig Ursache der Sterilität ist. Bei Neuralgien des Uterus und der Ovarien, ebenso bei Dysmenorrhoe entfaltet die CO_2 eine gute Wirkung. Bei der Amenorrhoe kann sie direct (Gasbäder, Gasdouchen, kohlensaure Soolbäder sind hier am wirksamsten) durch Hervorrufung einer stärkeren Congestion nach den Beckenorganen, und indirect durch Beeinflussung des gesamten Nerven- und Gefäßsystems und Anregung des Stoffwechsels ausgezeichnet wirken. — Bei der chronischen Metritis ist die CO_2 als ein Ableitungsmittel zu betrachten. — Die Anwendungsweise kann sein in Form von kohlensaurem Wasser- (Sool- resp. Stahlbad) und kohlensaurem Gasbad, erstere die schwächere, letztere die stärkere Form. Am besten ist es, erst mit der nassen Form zu beginnen und allmählich den Reiz zu verstärken, ähnlich dem Bademodus in Nauheim, um mit der trockenen Form die Behandlung abzuschließen.

II. Harn und Stoffwechsel.

Bardet: **Die diuretische Wirkung des Theobromin.** (Soc. d. Thérapeutique nach Sem. méd. 1896, No. 9.)

B. bezweifelt den Bericht Huchard's, daß das Theobromin zur Classe der direct auf das Nierenepithel, ohne dasselbe zu alteriren, wirkenden Diuretica gehört. Er hält die Wirkung des Theobromin darin begründet, daß dasselbe ein Vasoconstrictor ist, somit wie das Coffein durch Erhöhung des Blutdruckes wirkt; zudem wäre es, wenn es direct auf die Niere wirkte, für gefährlich zu erachten. H. behauptet in allen Stücken das Gegenteil.

Hz.

Edgren: **Digitalinum crystallisatum Nativelle.** (Hygiea. — Wratsch 1896, No. 4.)

Eine Reihe von Versuchen überzeugten den Verfasser, daß das Digitalinum crystallisatum Nativelle sowohl die Herzthätigkeit, wie auch die Harnsecretion in vorzüglicher Weise beeinflußt. Die Hauptschlüsse, welche Verf. aus seinen Beobachtungen ziehen konnte, sind folgende:

1) 1 mg dieses Präparats, dem Patienten in einer Dosis verabreicht, wirkt herzkräftigend, herzregulirend und harntreibend, und zwar in energischerer Weise, als das Inf. digit. der schwedischen Pharmacopoe;

2) die bezeichneten Wirkungen des Mittels treten in allen Fällen ohne Ausnahme, wenn auch in verschiedenem Grade auf;



3) Vergiftungserscheinungen treten bei der Anwendung des Digitalinum crystallisatum Nativelle nicht auf; wenigstens hat Verf. keine beobachtet, trotzdem er bereits zwei Jahre das Präparat anwendet. Li.

Kisch: **Ein Beitrag zur pathologischen Oxalurie.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, No. 4.)

Verf. hebt zunächst hervor, daß der bloße Befund von reichlichen Oxalatcrystallen im Harn nicht zur Diagnose der pathologischen Oxalurie genügt, und daß hierzu eine genaue quantitative Bestimmung der im Harn ausgeschiedenen Oxalsäure notwendig sei.

Die Untersuchungen, welche der casuistischen Mitteilung des Verf.'s zu Grunde liegen, umfassen 34 Fälle von quantitativer Bestimmung der Oxalsäureausscheidung, von denen in 7 eine wirklich pathologische Oxalurie gefunden wurde. Die 34 Fälle betreffen zumeist lipomatöse Individuen mit mehr oder weniger ausgeprägten Folgeerscheinungen der allgemeinen Fettleibigkeit, ferner Diabetiker, also zwei Stoffwechselerkrankungen, bei denen die Vermehrung der Oxalsäureausscheidung durch Auffindung von Kalkoxalatcrystallen im Harn diagnostizirt wurde.

In sämtlichen 7 Fällen, in denen pathologische Oxalurie quantitativ festgestellt wurde, war das specifische Gewicht des Harns ein sehr hohes, nämlich 1,026 bis 1,0401; ferner zeigte sich in mehr als $^2/_3$ dieser Fälle die Ausscheidung der Indicanmenge im Harn bemerkenswert, in einem Falle war sie sogar sehr groß; endlich war in 3 Fällen damit bemerkenswerter Zuckergehalt des Harns verbunden Die Fälle betrafen 5 Männer und 2 Frauen im Alter von 35 bis 57 Jahren, bei denen bedeutende Störungen in der Function der Verdauungsorgane, besonders habituelle Obstipation vorhanden waren; in 4 Fällen wurde hochgradige Erregbarkeit des Nervensystems constatirt.

Verf. ist auf Grund dieser seiner Beobachtungen anzunehmen geneigt, daß pathologische Oxalurie als ein Symptom von verschiedenen Veränderungen des Stoffwechsels zu betrachten sei, welche vorzugsweise mit Störungen im Nervensystem und in den Digestionsorganen in Zusammenhang zu bringen sind. Er erwähnt schließlich, daß er in mehreren Fällen eine Verminderung der Oxalsäureausscheidung im Harn bei systematischem Gebrauch alkalisch-salinischen Mineralwassers (Kreuzbrunnen in Marienbad) beobachten konnte. Casper.

Embden: **Ueber Alkaptonurie.** (Biolog. Abteil. d. ärztl. Vereins zu Hamburg, Sitz. v. 7. Jan. 1896. — Münch. med. Woch. 1896, No. 14.)

Der Alkaptonharn ist durch zwei Eigenschaften ausgezeichnet, durch ein sehr bedeutendes Reductionsvermögen und eine beim Stehen an der Luft, vor Allem bei Eintritt der ammoniakalischen Harngährung eintretende Braun- bis Schwarzfärbung. Diese findet ebenso beim Zusatz von Alkalien statt und geht mit Sauerstoffabsorption einher. Das Reductionsvermögen

des Harns kommt durch den positiven Ausfall der Trommer'schen Probe zum Ausdruck, im Gegensatz aber zum diabetischen Harn reducirt der Alkaptonharn ammoniakalische Silberlösung in der Kälte. Diese leicht anzustellende Reaction dient neben der von oben her eintretenden Braunfärbung bei Zusatz von Alkali zur Diagnose der Alkaptonurie. Genaue Untersuchungen über Alkoptonharn liegen besonders vor von Wolkow, Baumann, Kraske, Embden, Garnier und Voisin, Ogden, Geyger. Durch diese Untersuchungen sind zwei Alkaptonsubstanzen bekannt geworden, die Uroleucinsäure und die Homogentisinsäure, deren Muttersubstanz das Tyrosin ist. — Man hat Alkapton zwei Mal neben Zucker, sonst ohne weitere Stoffwechselanomalie gefunden, ein Mal bei einem zehntägigen Kinde, immer, mit einer Ausnahme, das ganze Leben dauernd bestehend. Die Ausnahme betraf einen Diabetiker, bei dem zu einer Zeit, als der Zuckergehalt des Urins unter der Behandlung mit Myrtillus-Präparaten sank, zwei Mal Alkapton vorübergehend nachgewiesen wurde. Wichtig ist das mehrmals beobachtete Vorkommen von Alkaptonurie bei Geschwistern. Ueber die der Alkaptonurie zu Grunde liegende Stoffwechselanomalie ist noch nichts Sicheres bekannt. K.

Caporali: **Das Vorkommen von Pentosurie.** (Riasta clin. e terap. 1896, Januar. — Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 15.)

Seit dem Bekanntwerden des Vorkommens von Pentose im Harne sind nur wenige Fälle publicirt worden. Caporali suchte durch systematische Untersuchungen des Harnes von 64 Kranken mit den verschiedenartigsten Affectionen über das Vorkommen dieser fünfatomigen Zuckerart Klarheit zu gewinnen. Nur bei Patienten, die an chronischem Morphinismus litten, kam Pentosurie zur Beobachtung, besonders dann, wenn die subcutan injicirte Menge 0,02 g wesentlich überstieg. Auch experimentell konnte bei Hunden durch Morphininjection Pentosurie ausgelöst werden. Caporali meint, daß dieses Symptom als pathognostisch anzusehen wäre und dazu dienen könnte, in manchen Fällen die Diagnose auf Morphinvergiftung sicherzustellen. K.

Diabetes.

James: **Das Blut beim Diabetes mellitus.** (Edinburgh Medico-Chirurgical Society, Sitzung vom 6. März 1896. — The Lancet, 14. März 1896.)

James erwähnt zunächst die Thatsache, daß die meisten Autoren, im Gegensatz zu dem, was man erwarten würde, beim Diabetes eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins gefunden haben. Er selbst konnte ebenfalls diese Erscheinung constatiren. Er fand in 5 Fällen über 6 Mill. Erythrocyten in 1 ccm, in 5 Fällen über 5 Mill., in 2 Fällen über 4 und in 1 Falle über 3 Mill. Das Hämoglobin betrug über 100 pCt. in 3 Fällen, über 60 in 8 und über 50 in 2 Fällen. Die Abnahme des

Wassergehaltes konnte in diesen 13 Fällen nicht als die Ursache angesehen werden, denn das Blut zeigte nach der Roy'schen Methode keine Vergrößerung des specifischen Gewichtes. Auch war die Zunahme der Anzahl der Erythrocyten eine wirkliche, nicht blos eine scheinbare. J. sieht diese Vermehrung als eine Reactionserscheinung des Organismus gegenüber der deletären Wirkung des Diabetes an; den großen Substanzverlust der Gewebe sucht der Organismus durch Verstärkung der oxydirenden Kraft des Blutes wieder auszugleichen. Dasselbe wird auch durch die Vergrößerung der Verdauungskraft beim Diabetes erstrebt. Weitere Untersuchungen müßten noch zeigen, ob das Blut zu dem Verlauf des Diabetes in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältnis steht. Lw.

E. Heinrich Kisch: **Zur Lehre vom lipogenen Diabetes.** (Wiener med. Presse 1896, No. 15.)

Seegen[1]) hat zuerst vor mehr als 30 Jahren darauf hingewiesen, dass hochgradig fettleibige Personen auch häufig an Diabetes mellitus erkranken. Kisch[2]) hat darauf die Lehre vom lipogenen Diabetes aufgestellt. Bei hochgradiger Fettleibigkeit in früher Jugend, die als hereditär bedingt anzusehen ist, muss man auf den Uebergang in Diabetes mellitus rechnen, und zwar entwickelt sich nach den Erfahrungen von Kisch in mehr als der Hälfte solcher hereditären Lipomatose Diabetes. An einer Reihe von Stammbäumen, drei Generationen umfassend, konnte K. zeigen, dass in manchen Familien einige Mitglieder hochgradig fettleibig sind, andere, auch ohne fettleibig zu sein, an Diabetes leiden und wiederum andere früher stark fettleibig waren und später, zumeist zwischen 30—40 Jahren, Diabetiker werden. Aber auch bei der Lipomatosis, welche nicht auf hereditäre Anlage zurückzuführen, sondern als wirkliche Mastfettsucht anzusehen ist, kommt es nach K. in ca. 15 pCt. aller Fälle später zur Entwicklung des Diabetes. Eine Deutung dieser interessanten Thatsache haben bereits Seegen[3]) und Ebstein[4]) zu geben versucht. Zuletzt hat v. Noorden[5]) die Frage erörtert. Er will die Bezeichnung „lipogener Diabetes“ nur auf jene Fälle beschränken, wo die Fettsucht entweder direct oder durch Vermittelung einer complicirenden Gefäßerkrankung Einfluss auf die Function des Pancreas gewinnt. Umgekehrt könne auch die Fettsucht das erste Symptom eines keimenden Diabetes sein. „Es giebt Fälle, in denen nur die Verbrennung des Zuckers, aber

[1]) J. Seegen, Beiträge zur Melliturie. Virchow's Arch., Bd. 30.

[2]) E. H. Kisch, über lipogenen Diabetes. Berl. klin. Woch., 1888, und Zur Casuistik des lipogenen Diabetes, Internat. klin. Rundsch., 1887.

[3]) J. Seegen, der Diabetes auf Grundluge zahlreicher Beobachtungen. Leipzig 1870.

[4]) W. Ebstein, die Zuckerharnruhr, ihre Theorie und Praxis. Wiesbaden 1887.

[5]) v. Noorden, zur Frühdiagnose des Diabetes mellitus. Verhandlungen des 13. Congr. f. inn. Med., Wiesbaden 1895.

nicht die Synthese des Fettes beschränkt ist. Es entsteht Fettsucht. Das ist ein maskirter Diabetes. Diese Fälle entwickeln sich später gern zu Fällen, in welchen die Verbrennung des Zuckers beschränkt ist und die Bergung der Kohlehydrate im Fettpolster auch eine mäßige Einbuße erleidet. Es tritt dann Glycosurie zur Fettsucht hinzu. Das ist der gewöhnliche Diabetes der Fettleibigen." — Gegenüber dieser Annahme einer diabetogenen Fettsucht sucht K. seine Anschauung aufrecht zu erhalten, dass in allen Fällen von lipogenem Diabetes die Fettleibigkeit das Primäre und Ursächliche ist. Bei der angemästeten Fettleibigkeit ist in ätiologischer Beziehung das Hauptgewicht auf die Verminderung oder Einschränkung des Zuckerverbrauches in den fettig degenerirten Muskeln[6]) und vielleicht auch auf die die bedeutsame Function der Leber beeinträchtigende Fettablagerung in den Leberzellen zu legen. Bei solchen Fettleibigen konnte temporäre Glycosurie nachgewiesen und durch ein die Fettleibigkeit bekämpfendes Verfahren auf lange Zeit oder dauernd beseitigt werden. Bei der hereditären Fettsucht ist anzunehmen, dass die hereditäre Anlage zu den beiden Ernährungsstörungen in der einen oder anderen Richtung zur Geltung kommt, zuweilen aber nach beiden Richtungen, dann aber immer zeitlich in der Folge, dass die Lipomatosis universalis die Vorstufe zu dem verwandten Vorgange des Diabetes bildet. K.

Hermann Gessler (Stuttgart): **Die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Rückenmarkskrankheiten.** (Med. Corresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereines, Band LXVI, No. 4.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur entwirft der Verf. ein Bild unserer Kenntnisse von den Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und den Krankheiten des Nervensystems, speciell der Tabes dorsalis. Von eigenen Beobachtungen berichtet er über drei Fälle: der eine betrifft einen „zu Diabetes secundären embolischen Process im Gehirn" bei einem 68jährigen Manne; in den beiden anderen handelt es sich um secundäre Glykosurie, einmal bei einer 58jährigen Frau mit Tabes und ferner bei einer 51jährigen Patientin mit herdförmiger Sklerose, welche das Bild der Brown-Séquard-schen Halbseitenlähmung erzeugte. Bemerkenswert ist noch, dass von 50 Tabesfällen des Verf.'s bei 30 zweifellos, bei 10 wahrscheinlich Syphilis vorangegangen ist. — Nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Anschauungen über die Beziehungen zwischen Diabetes und Rückenmarkskrankheiten unterscheidet G. folgende Möglichkeiten:

1) Diabetes mit secundären nervösen Erscheinungen: diabetische Pseudotabes, diabetische Paraplegie nach Charcot (d. i. eine periphere Neuritis).

2) Rückenmarkskrankheiten mit secundären diabetischen Erscheinungen: Glykosurie bei Tabes und herdförmiger Sklerose.

---

[6]) E. H. Kisch, die Muskelkraft bei der Lipomatosis universalis, Prag. Zeitschr. f. Heilkunde, 1886.

3) Diabetes mellitus und Tabes dorsalis bei demselben Individuum, „ohne Abhängigkeit von einander, sondern nur hereditär durch die verwandtschaftlichen Bande der Arthritis verbunden“. K.

Lenné (Neuenahr): **Ueber die Ursache der diabetischen Glykosurie.** (Deutsche med. Ztg. 1896, No. 24.)

L. polemisirt gegen die in Deutschland ziemlich allgemein geltende und in letzter Zeit besonders von v. Noorden vertretene Anschauung, dass die Hyperglykämie beim Diabetes entstehe durch Stauung, weil die Fähigkeit, den Zellen, Zucker zu verbrennen, herabgesetzt sei. Dieser Theorie des Minderverbrauches gegenüber sucht L. an der Hand der vorliegenden experimentellen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen die Richtigkeit seiner Auffassung zu erweisen, nach welcher die diabetische Erkrankung besteht in einem mangelhaften Aufspeicherungsvermögen der Zellen (für Zucker) einerseits und einer secundären, aber in den schweren Erkrankungsfällen primären, Ueberproduction von Zucker Seitens der Körperzellen andererseits — bei Intactheit des Zuckerverbrennungsvermögens derselben. K.

Zwei Hausmittel gegen die Zuckerkrankheit. (Centralblatt f. pract. Augenheilkunde 1896, No. 3.)

1) Prof. H. W. Vogel berichtet von sich selbst, dass er, seit sieben Jahren an Diabetes leidend, als zum ersten Mal die Karlsbader Kur versagte, zwei Mittel an sich probirte, deren Wirksamkeit ein anderer Diabetiker bereits an sich erfahren hatte: Leinsamenthee und Austern. „Zwei Esslöffel von Leinsaat wurden mit 100 ccm Wasser aufgebrüht, so daß eine schleimige Masse entstand. Diese wurde mit 100 ccm kalten Wassers verdünnt und getrunken, und zwar täglich drei Mal, vor dem ersten Frühstück, vor dem Mittagessen und vor dem Schlafengehen. Später wurde eine größere Menge Thee früh auf Vorrat gekocht und davon zum Trinken je 200 ccm aufgewärmt.“ Daneben ging event. der Genuss von Austern (10—18 Stück pro Tag), der auch ohne gleichzeitig genossenen Leinsamenthee wirksam sein soll. Die wochenlang fortgesetzte Kur war wiederholt im Stande, den Procentgehalt des Zuckers im Harn ganz wesentlich herabzusetzen, wie die mitgeteilten Daten zeigen. Für eine exactere Beurteilung der Wirkung fehlen die Angaben über die 24stündigen Urinmengen und über die Nahrungszufuhr. — „Freilich halfen beide Mittel ebensowenig auf die Dauer wie Karlsbader und Neuenahrer, aber sie sind zugänglicher und das eine, die Austern, sicher schmackhafter.“ Von Seemuscheln wurde eine günstige Wirkung nicht gespürt.

2) Hirschberg berichtet von einem Kurpatienten, bei dem er vor sechs Jahren Zuckerharnruhr nachwies. Im Frühjahr in der Regel 5 pCt. Zucker, nach der Karlsbader Kur 0,1—1 pCt. Ende 1895 schrieb der 71jährige Patient an Hirschberg: „Ich habe vier Wochen lang Bohnenwasser getrunken und dabei Alles gegessen, Brot, Kuchen, Kartoffeln, auch 3 bis



4 Schnitt Pilsener Bier täglich getrunken und doch den Zucker verloren, bis auf $^1/_3$ pCt., ebenso wie vom Karlsbader Mühlbrunnen, bei dem ich kein Bier trinken durfte. Ich nehme jeden Tag drei Hände voll (= 50 g) trockene Bohnenhülsenschalen; die letzteren werden gewaschen, in einen Topf gethan, 3 l Wasser aufgegossen und so lange gekocht, bis das Wasser auf $^3/_4$ l eingekocht ist, was 3—4 Stunden erfordert. Diese $^3/_4$ l Wasser werden im Laufe des Tages kalt getrunken. So jeden Tag vier Wochen lang und länger. (Das Mittel kann ohne Schaden beliebig lange getrunken werden.)“ K.

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

B. Cimino: **Ueber Harnretention im Verlaufe von Blennorrhoe.** (Riforma med. 1895, No. 79. — Wien. med. Wochenschrift 1896, No. 17.)

Cimino behandelt die Frage auf Grund von Studien, die er an Guyon's Klinik anstellte Er betrachtet ausschließlich jene Fälle, wo die Retention ihre Entstehung dem acuten infectiösen Zustand verdankt. Zu beachten ist, dass die Harnretention nie auftritt im Beginn einer acuten Gonorrhoe, sondern erst in der 4.—5. Woche, auch später, zur Zeit, wo die Secretion nur schleimig, serös ist, wohl auch noch später, wenn der Patient sich schon geheilt wähnt und sich Excessen hingiebt. Seltener als Excesse ist der Katheterismus schuld an der Retention. Dieselbe kann plötzlich, aber auch allmählich entstehen, sich während einer Miction einstellen. Das Gefühl des Harndranges kann selbst bei excessiv gefüllter Blase fehlen. Bei der Pathogenese kommen nach Guyon drei Momente in Betracht — das entzündliche, das congestive und das spasmodische, welche allein oder combinirt den Zustand herbeiführen können.

Bezüglich der Therapie ist zu beachten, dass, wenn es sich um keine Complication handelt (Prostatitis, Cystitis, Cowperitis), die blennorrhoische Urinretention meist nur von kurzer Dauer ist und spontan oder auf antiphlogistisch-narkotische Behandlung (Bäder, Clystiere, Opium) schwindet. Nur falls diese Mittel keinen Erfolg haben, ist der Katheterismus indicirt. K.

Lang: **Blennorrhoe der Bartholini'schen Drüse.** (Wien. dermat. Ges., Sitz. v. 26. Febr. 1896. — Wien. med. Presse 1896, No. 13.)

L. stellt ein 17jähriges Mädchen vor, bei welchem er wegen Blennorrhoe der Bartholini'schen Drüse den Ausführungsgang und einen Teil der Drüse resecirt hat. Nach partieller Exstirpation der letzteren unter Localanästhesie wurde die Wundhöhle durch 1 bis 2 versenkte Catgutnähte aufgehoben und die Schleimhautwunde durch Knopfnähte geschlossen Die Heilung ist glatt zu

Stande gekommen Ob diese Methode gegenüber diesem wichtigsten Herde blennorrhagischer Infection ebenso radical ist wie die von Lang geübte, aber Chloroformnarcose erfordernde Totalexstirpation, muß erst die Folge lehren.

In der Discussion meint Rille, die Therapie der blennorhagischen Bartholinitis sei überhaupt schwierig, manchmal hätten Injectionen mit der Anel-schen Spritze, häufig auch Umschläge mit Liquor Burowi Erfolg. Ferner könne man auf der Hohlsonde den Ausführungsgang schlitzen; das radicalste sei die Entfernung der Drüse, aber ohne Narcose schwer auszuführen Ein Verfahren mit Cocainanästhesie ist folgendes: Man füllt die Drüse mittelst der Anel'schen Spritze, schneidet auf der Verwölbung die Haut ein und führt mit der Scheere mehrfache Schnitte nach verschiedenen Richtungen, welche die Drüse und etwa mitafficirtes Bindegewebe zerstückeln sollen, dann wird mit Hohlscheere und scharfem Löffel Alles entfernt. Die Heilung ist fast immer eine complete.

Wilhelm fragt, ob es nicht Fälle giebt, wo der Ausführungsgang allein erkrankt ist und dessen Exstirpation genüge, wodurch die Function der Drüse erhalten werden könnte.

Neumann: Der Ausführungsgang verödet oft, es entsteht ein Raum, der blos mit serösem Inhalt erfüllt sein kann. Wegen Verwachsung mit der Schleimhaut läßt sich nicht jede Bartholini'sche Drüse exstirpiren. Die Erkrankung findet sich zwischen dem 12.—50. Lebensjahre und ist nicht immer durch Infection bedingt, so bei Fettleibigen und Schwangeren.

Lang betont, daß er nicht von Abscessen gesprochen habe, diese sind durch Incision und Injection von Argent. nitric. zu behandeln.

Rille: Die Abscesse werden nicht durch die Gonokokken, sondern durch hinzutretende Staphylokokken hervorgerufen, erstere erzeugen, wie Jadassohn nachgewiesen, blos Pseudoabscesse, analog den Periurethralabscessen der Fossa navicularis des Mannes, die neben dem Frenulum sichtbar werden und zu Stande kommen durch Eiteransammlung und Aussackung von ursprünglich mit Epithel ausgekleideten Gebilden, nicht durch Zerstörung des Gewebes. K.

Sedlmayr: **3 Fälle von periurethralem Abscess.** (Unterelsäss. Aerztever. in Straßburg, Sitz. v. 30. Nov. 1895. — Deutsche med. Woch. 1896, No. 14.)

S. stellt drei Fälle von periurethralen Abscessen vor, die durch Gonorrhoe entstanden und in der ersten bezw. zweiten Krankheitswoche aufgetreten sind.

In der Discussion stellt Madelung einen Kranken vor, bei dem sich im Anschluß an einen periurethralen Absceß (nach gonorrhoischer Strictur), der nicht erkannt worden war, eine ausgedehnte Phlegmone am Penis, Scrotum und Bauch entwickelt hatte, die zu umfangreicher Gangrän der Hautbedeckung dieser Teile führte.

Naunyn teilt einen Fall von schwerer cryptogener Pyämie, wahrscheinlich von einem periurethralen Abscess aus entstanden, mit. Vor acht Jahren Gonorrhoe. Täglich heftige Schüttelfröste. Prostata nicht vergrößert. Schließlich Phlegmone des Perineum und der Regio suprapubica. Section nicht gemacht. K.

Broese: **Ueber diffuse gonorrhoische Peritonitis.** Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 11. März 1896. (Allgemeine med. Centralzeitung 1896, No. 23.)

Dass circumscripte Peritonitis durch Gonokokkeninfection erzeugt werden könne, war schon von Wertheim experimentell an Mäusen festgestellt worden. Bei Frauen hat Veit im Anschlusse an eine frische gonorrhoische Infection typische kurzdauernde Erscheinungen allgemeiner Peritonitis zwei Mal kurz vor der Entbindung, drei Mal im Wochenbett gesehen, die er auf gonorrhoische Infection zurückführen konnte. Broese hat in den letzten zwei Jahren zwei Fälle beobachtet, in denen er eine diffuse gonorrhoische Peritonitis annimmt. In einem Fall entstand das typische Bild allgemeiner Peritonitis nach Lösung von Verwachsungen. Hier besserte sich der Zustand in vier Tagen und am 16. Tage waren die Symptome verschwunden. Im zweiten Falle kam spontan zu einer gonorrhoischen Salpingitis eine diffuse gonorrhoische Peritonitis hinzu, die auch am fünften Tage sich besserte. In beiden Fällen wurde wegen der Annahme einer gonorrhoischen Peritonitis die Laparotomie, die sonst indicirt gewesen wäre, unterlassen.

Die gonorrhoische Peritonitis unterscheidet sich von der allgemein eitrigen, durch Streptokokken und Staphylokokken bedingten nur allein durch den Verlauf, nicht durch die Symptome. Die Diagnose lässt sich nur durch Ausschluss aller anderen Ursachen stellen. In Betreff der Therapie ist hier eine Laparotomie direct zu verwerfen, welche Operation übrigens auch bei eitriger Peritonitis von B. verworfen wird.

In der sich diesem Vortrage anschliessenden Discussion bemerkt

Herr Kiefer, dass er den sicheren Beweis vermisst, dass es sich in den angeführten Fällen um eine allgemeine gonorrhoische Peritonitis gehandelt habe, da eine acute gonorrhoische Pelveoperitonitis dasselbe Bild liefere. Mit Ausnahme der Tierversuche von Wertheim sei bisher ein wirklich einwandsfreier Fall von diffuser gonorrhoischer Peritonitis nicht beobachtet worden.

Herr G Lewin hat bei seinem zahlreichen Krankenbestand bisher keine allgemeine gonorrhoische Peritonitis gesehen.

Herr Baginsky hat bei einem 11jähr. Kinde, das an einer Vulvovaginitis erkrankt war eine schwere diffuse Peritonitis beobachtet, die zum Tode führte; die Untersuchung des Vaginalsecrets ergab nicht blos das Vorhandensein von Gonokokken, sondern auch von Staphylokokken, so dass es sich also um eine Mischinfection gehandelt hatte.

Herr Dührssen hat selbst zwei Fälle gesehen, die ebenso verliefen, wie die von Broese beobachteten. In der Beurteilung der Fälle stimmt er mit B. überein

Herr Landau betont, dass man aus dem klinischen Bilde nicht auf die Ursache einer Peritonitis schliessen kann, so dass man vorkommenden Falles doch nicht sich mit der guten Prognose wird begnügen können, sondern operativ die durch grobe Ursachen entstandene Peritonitis wird angreifen müssen.

Bock.

Fürbringer: **Tötliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe.** (D. med. Wochenschrift 1896, No. 2.)

Bei einem 25jährigen, mit schweren Meningitissymptomen in's Krankenhaus Friedrichshain eingelieferten Manne fand F. in der durch Lumbalpunction gewonnenen, eitrig getrübten Cerebrospinalflüssigkeit von den Gonokokken schwer unterscheidbare intracelluläre Diplokokken, zugleich aber acute Gonorrhoe mit dem entsprechenden bacteriologischen Befund im Harnröhreneiter. Die Section ergab eitrige Cerebrospinalmeningitis. Die anfängliche Vermutung, es könne sich um eine Trippermetastase, wie sie u. A. Engel-Reimers und von Leyden beschrieben, handeln, hat sich nicht bestätigt. Vielmehr stellte sich durch das Culturverfahren heraus, daß es sich um epidemische Genickstarre gehandelt, die zufällig einen Gonorrhoiker betroffen.

Der Autor handelt in ausführlicher Weise die Differential-Diagnose zwischen dem Gonococcus und dem Weichselbaum-Jäger'schen Meningococcus intracellularis ab. Indem rücksichtlich der Details auf das Original verwiesen werden muß, sei resumirt, daß die Unterscheidung in Ausstrichpräparaten trotz einiger Unterschiede — schwache Kapselbildung und Neigung zur Kettengruppirung beim Meningococcus etc. — sehr mißlich sein kann, zumal die Gram'sche Methode beide Microorganismen entfärbt. Hingegen giebt die Züchtung in Reinculturen sichere Unterscheidungsmerkmale an die Hand. Insbesondere wächst der Meningococcus auf Glycerin sogar üppig und schnell. Impfungen von Kaninchen und Meerschweinchen fielen negativ aus. Autoreferat.

P. Jacsohn (Washington): **Alkaline injections for the treatment of gonorrhoea.** (Med. Record 1895, 7. Sept. — Centralblatt f. inn. Med. 1896, No. 8.)

Ausgehend von der Thatsache, dass der Gonococcus in saurem Medium zu wachsen fähig ist, nicht aber in alkalischem, und dass die Urethra und Vagina in Folge des sauren Urins und der sonstigen Drüsensecrete für den Gonococcus einen günstigen Nährboden darstellen, behandelt Verf. gonorrhoische Erkrankungen mit alkalischen antiseptischen Injectionen. Da fast immer mit dem Gonococcus vereint Staphylokokken sich finden, welche die Entzündungserscheinungen noch vermehren, wählt er eine Sublimatlösung 1 : 1000, welche durch Alkalien im Verhältnis 0,2 : 3 alkalisch gemacht ist. Daneben giebt Verf. innerlich eine alkalische Mixtur. Die Heilung soll schneller erfolgen, als durch andere Methoden, meist in zwei Wochen. K.

Assmuss: **Zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica bei Männern mittelst Creosotinjectionen.** (Wojenno-medicinski Journal. — Medicinskoe Obosrenie 1896, No. 10.)

Verfasser berichtet über 58 Fälle von Urethritis gonorrhoica bei Männern, in denen er Creosotinjectionen mit vorzüglichem Erfolg ange-

wendet hatte. Das Creosot wurde zu diesem Zweck mit Gummi arabicum zu einer Emulsion verarbeitet; die Stärke der Lösung schwankte zwischen 2—10 zu 1000. Am ersten Tage nach Creosotinjection wurde der Ausfluß aus der Urethra reichlicher, er nahm aber bald wieder ab, wurde dabei serös und verschwand schließlich vollständig. Nach den Beobachtungen des Verfassers kürzt das Creosot den Verlauf des gonorrhoischen Processes um ein Bedeutendes. Complicationen wurden bei der Creosotbehandlung nicht beobachtet, Recidive traten nicht auf. Die Injectionen verursachten keine Schmerzen; im Gegenteil schien das Creosot gewissermaßen anästhesirend auf die Urethralschleimhaut zu wirken. Li.

B. Goldberg: **Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit übermangansaurem Kali.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, No. 4.)

Auf Grund des eingehenden Studiums der Litteratur und seiner eigenen Erfahrungen bespricht nun Verf. in seiner das vorgesteckte Thema thatsächlich vollständig erschöpfenden Monographie die allgemeinen Indicationen der Janet'schen Methode, ihre Technik mit besonderer Berücksichtigung der Frage über die Stärke der anzuwendenden Lösungen des übermangansauren Kali, dann die Wirkungen der Spülungen, ferner die aus Complicationen sich ergebenden speciellen Indicationen und Contraindicationen, sowie die Nebenwirkungen der Spülungen und schließlich den Zeitpunkt der Beendigung derselben. Hierauf giebt Verf. eine ausführliche, übersichtlich geordnete Statistik der mit der Janet'schen Methode erzielten Erfolge und schließt mit folgendem Resumé, welches als Ergebnis einer umfangreichen Sammelforschung besonders beachtenswert ist:

Harnröhrenspülungen mit übermangansaurem Kali mittelst Irrigation nach Janet:

1) sind indicirt bei Nachweis von Gonokokken;

2) sind contraindicirt durch acute Entzündung;

3) beseitigen die Gonokokken in 95 pCt. der Fälle dauernd, und zwar in weit über der Hälfte aller Tripper in 1—2 Wochen, gleichviel in welchem Stadium;

4) sind also auch ein zuverlässiges Abortivum;

5) dieser Erfolg kommt zu Stande durch das Zusammentreffen von mechanischen und chemischen Wirkungen der Spülungen; vielleicht haben sie außerdem — erwiesen ist das bisher nicht — eine echt specifisch-antigonorrhoische Wirkung. Casper.

Gröll: **Rhythmische Contractionen der Muskeln der Urethra und des Dammes bei der Behandlung der Anfangsstadien der Gonorrhoe mittelst forcirter Ausspülungen.** (Dauphiné médical. — Wratsch 1896, No. 4.) (Russisch.)

Um bei der Behandlung der Anfangsstadien der Gonorrhoe die eventuelle Entstehung einer Urethritis posterior zu verhüten, empfiehlt Verf.

eine eigentümliche Modification der forcirten Ausspülungen. Letztere besteht darin, daß man den Patienten auffordert, während der Urethra-Ausspülung rhythmische Contractionen der Urethralmuskeln, der Muskeln des Dammes und des Musculus levator ani auszuführen. Die Ausspülung selbst wird hierbei in der Weise ausgeführt, daß man durch die Urethra einen constanten Flüssigkeitsstrom passiren läßt, und zwar durch einen dünnen Verweilurethralkatheter, der in der Urethra noch so viel freien Raum läßt, daß die Flüssigkeit nach dem Passiren der Urethra nach außen gelangen kann.

Außer der erwähnten Vorbeugung soll dieses Verfahren noch eine ganz bedeutende Beschleunigung des Heilprocesses zur Folge haben. Von den 10 Fällen, in denen Verf. die Behandlung in der geschilderten Weise leitete, trat in 7 in 15 Tagen vollständige Genesung ein, in 3 Fällen in 21 Tagen.

Li.

Preis: **Die Radicalbehandlung des chronischen Trippers bei Männern.** (Medicina [russisch]. — St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1896, Juni.)

Bei 788 Patienten mit teilweise bedeutenden Stricturen sah Verfasser sehr gute Resultate von täglichen Einführungen der Beneke'schen Sonden, die nötigenfalls mit der Sperling'schen Höllensteinsalbe (Arg. nitr. 0,15 bis 0,5, Lanolini 10,0, Cerae albae 2,0) eingeölt wurden. Die Behandlung dauerte 1—4 Monate.

Li.

Marx: **Lavage sans sonde de l'urèthre postérieure et de la vessie.** (Revue de thérap. med. chir. 15. T. 96. — Annales des mal. des org. gén.-ur., März 1896.)

Auf Grund der von Lavaux u. A. gemachten Erfahrungen, welche lehren, daß man in die Urethra posterior resp. Blase auch ohne Anwendung von Kathetern Flüssigkeiten hineinzuschicken vermag, behandelt M. mit bestem Erfolge chronische, in der Urethra posterior liegende Affectionen mit dem nach Janet benannten Verfahren. Verf. beschreibt die bekannten Einzelheiten desselben, warnt vor der Anwendung starker $KMNO_4$ resp. Sublimatlösungen besonders in den Fällen von Cystitis, ferner in den Fällen von Urinretention, bei Prostatitis etc. — Handelt es sich um Erkrankung der Blasenschleimhaut bei gesunder Urethra, so können indifferente Lösungen (Borsäure, Aqu. sterilisata etc.) unbedenklich ohne Sonde in die Blase geleitet werden. Aber auch bei Anwendung stärkerer Lösungen (Arg. nitr. 1 : 1000, 1 : 500, 1 : 300) wurden, falls die Blase sich vollkommen entleerte (wie bei Blasentuberculose), vorzügliche Heileffecte erzielt. Dagegen bildet jede Form der Harnretention eine stricte Contraindication gegen die Anwendung des Verfahrens.

P. Cennell Fenwick (New-Zelaland): **Répair of a defect in a strictured urethra by the transplantation of a portion of a sheep's urethra.** (The Lancet, 8. Febr. 1896).

Ein 40jähriger Mann litt an schwerer Cystitis infolge Harnröhrenstrictur, letztere lag $5^1/_2$ Zoll von dem Meatus urethrae entfernt. Es bestanden mehrere falsche Wege: selbst die Einführung eines Katheters No. 1 war schwierig. Es wurde daher die Urethrotomia externa ausgeführt. Die Gewebe des Dammes waren so brüchig, daß man die Mündung in die Blase nicht fand; es wurde deswegen die Blase nach Cock's Verfahren geöffnet und ein Verweilkatheter eingeführt. Es bestand also offenbar ein bedeutender Defect der Harnröhre zwischen hinterer und cavernöser Portion. Verf. versuchte daher die Transplantation eines Stückes Harnröhre vom Schafe in die Lücke, um so die Continuität wieder herzustellen und das fehlende Stück der Harnröhre so zu ersetzen. Einem kräftigen Hammel wurde in Narkose die Harnröhre ausgeschnitten und davon ein schmales Stück als Transplantationslappen ausgewählt; dann wurde die Portio cavernosa des Pat. an der Uebergangsstelle in das morsche Stück der Harnröhre von den brüchigen Geweben gesäubert und die Wundränder angefrischt. Die indurirte Perineal-Wunde wurde genügend erweitert, um Durchgang für das transplantirende Harnröhrenstück zu gewähren. Aehnlich wurde die hintere Oeffnung der Harnröhre vorbereitet, ein elastischer Katheter durch die Portio cavernosa urethrae ein- und durch die Perinealöffnung herausgeführt. Ueber die Spitze des Katheters wurde nunmehr die Harnröhre vom Schafe geschoben und in dem in der Perinealsubstanz angelegten Kanal adaptirt. Nunmehr wurde, als die Spitze des Katheters in die Oeffnung der Pars posterior urethrae und die Blase hineingestossen worden war, das Transplantationsstück mit einigen Nähten in seiner Lage befestigt, so daß es mit dem vorderen und hinteren Teile der Harnröhre continuirlich zusammenhing. Der Verweilkatheter wurde befestigt und die Hautwunde durch Naht vereinigt. Die Wunde heilte und die Harnröhre scheint sich in ihrer neuen Lage gefestigt zu haben, denn die Continuität der Harnröhre ist vollständig. Der Urin wird normal entleert. Ueber das Endresultat kann man zwar noch nicht urteilen, aber der augenblickliche Erfolg läßt doch der Hoffnung Raum. Mode.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

R. Virchow: **Beitrag zur Geschichte der Lues.** (Dermatologische Zeitschrift.)

Verf. giebt ein paar kleine Additamenta ad historiam syphilidis, angeregt durch die im Augenblick in Amerika erwachte Leidenschaft, den Spuren der präcolumbischen Syphilis nachzuforschen, um so mehr, als seit Anfang des 16. Jahrhunderts immer wieder in kurzen Zwischenräumen der Gedanke des Imports der Syphilis aus Amerika aufgetaucht ist. Er weist zunächst auf zwei Figuren aus unserem Museum hin, welche beide von Chimbote stammen, und von denen die eine, ein Mann, zahlreiche kleine Knoten am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, die andere, eine Frau, einen glatten Defect der Nasenspitze mit einer sehr engen, scheinbar retrahirten Mundspalte und tiefen, von den Mundwinkeln zum Unterkiefer herabziehende Falten zeigt. Diese Figuren verdienen nach Ansicht Virchow's genauer gewürdigt zu werden: er enthält sich jedoch eines Urteils über die Diagnose und weist auf die große Schwierigkeit hin, bei den amerikanischen Funden die Chronologie festzustellen. Berücksichtigt müsse auch die linguistische Frage werden, da es vielleicht gelänge, aus den Ursprachen der Eingeborenen etwas über die präcolumbische Syphilis zu erfahren. Am geeignetsten für die Untersuchungen sind aber unzweifelhaft die wirklichen Ueberreste der Menschen, die Knochen, welche dem „Zahn der Zeit“ Widerstand leisten, sich unverändert erhalten und daher eher beurteilt werden können. Auch in Amerika ist seit ungefähr 10 Jahren das Interesse an den prähistorischen Knochen allmählich gewachsen und es werden immer mehr Beispiele von Knochen mit syphilitischen Veränderungen angeführt. Leider fehlt den Berichten darüber die wirklich exacte Beschreibung. Es werden Verdickung der Knochen, Anfüllung der Markhöhle mit Knochensubstanz, Eburnation, Anschwellung und Hocker, gelegentlich auch Erosionen und geschwürige Stellen angegeben, jedoch keine dieser Veränderungen hält Verf. für so characteristisch, daß er sagen könnte: „sie muß syphilitisch sein“; denn ganz ähnliche Zustände kommen in anderen Gebieten der Prähistorie, nämlich bei den Knochen der sogen. Höhlenbären vor, ohne daß Jemand daran denken wird, sie mit Syphilis in Verbindung zu

bringen. Diese Zustände entsprechen unserer Arthritis deformans und werden von Verf. „Höhlengicht" genannt. Wie schwierig es ist, aus gewissen Funden sich mit solchen Analogien abzufinden, zeigt Verf. an einem Stück eines Schädeldaches, welches an seiner äußeren und inneren Oberfläche eine Masse von Löchern und Erosionen, also Veränderungen zeigt, welche mit den syphilitischen identisch zu sein scheinen. Er fand schließlich jedoch durch genane Untersuchungen, daß diese Veränderungen postmortale, durch Pflanzen unter Mitwirkung von Schnecken und Würmern herbeigeführt seien. Zum Beweise für die bestehende Knochensyphilis sind nach Verf.'s Ansicht die in der amerikanischen Litteratur sehr häufig angeführten Hyperostosen und Eburnationen zwar sehr wichtig, jedoch nicht vollkommen sicher, sondern für die einzig sichere und pathognomische Erscheinung hält er nur die Narbe, welche nach einer gummösen peripherischen Ostitis zurückbleibt, also das, was er mit dem Namen „Caries sicca" bezeichnet hat. Eine andere Krankheit, welche solche Veränderungen macht, kennt Verf. nicht. Zum Schluß kommt er auf die Aehnlichkeit der pathologischen Erscheinung an den Knochen bei Phosphorvergiftung und Syphilis zu sprechen und weist besonders auf den diagnostischen Wert der Verknöcherungslinie, welche dem Phosphor eigentümlich ist, und der Verkalkungslinie bei Syphilis congenita hin.

Arnheim.

Fournier: **De la contagion médicale de la syphilis.** (La France méd. 1896, No. 1.)

Die Ansteckung kann vom Arzte ausgehen und den Kranken betreffen oder umgekehrt, der Arzt kann sich an seinen Patienten syphilitisch inficiren. Im ersten Falle kann man drei Methoden der Ansteckung unterscheiden:

1) die Ansteckung durch die Hände,

2) durch die Instrumente,

3) durch die Uebertragung organischer Substanzen eines syphilitischen Organismus auf einen gesunden.

Die Ansteckung durch die Hände ist der häufigste Modus, den Fournier durch zahlreiche Beispiele illustrirt. Besonders häufig ist er in der Geburtshilfe, und hier sind es wiederum die Hebammen, welche noch häufiger als die Aerzte kleine Epidemien von Syphilis erzeugen. — Von den Instrumenten kommen besonders in Frage die Aderlaßlanzette, mit der vor Allem die Barbiere früher vielfach gesündigt haben, dann das Speculum, der Zungenspatel, der Höllensteinstift, bei dem es nach Fournier wahrscheinlich der hölzerne Träger und nicht der Stift selbst ist, durch welchen die Uebertragung geschieht.

— Der dritte Modus vollzieht sich gewöhnlich bei der Transplantation von Hautstücken oder von Zähnen, die von einem syphilitischen Individuum auf einen gesunden Menschen übertragen werden. Vor Allem aber kommt hier die Vaccination in Betracht. Man hat in diesem Jahrhundert 30 syphilitische Epidemien durch Vaccination entstehen sehen, Fournier selbst hat drei solche beobachtet.

Auf der andern Seite hat die professionelle Infection der Aerzte in der Praxis eine ziemlich beträchtliche Ausdehnung. Der Arzt kann im Gesicht und an der Hand inficirt werden, im Gesicht dadurch, daß er von dem Kranken angehustet wird. Am meisten sind aber die Finger des Arztes bedroht. Der Schanker der Hand ist der ärztliche Schanker par excellence. Die Eingangspforten bilden kleine Excoriationen, Ekzeme, Nietnägel und sonstige Substanzverluste. Grosse Sorgfalt ist also bei der Untersuchung Syphilitischer vom Arzte anzuwenden, um so mehr als die professionelle Syphilis der Aerzte im Allgemeinen einen sehr schweren und zuweilen tötlichen Verlauf nimmt. Für diesen hat man den besonderen Modus der Infection an den Händen verantwortlich machen wollen; Fournier sah indessen den Grund in anderen Umständen. Nach ihm bietet der Arzt Verhältnisse dar, welche für die Entwicklung der Krankheit sehr günstig sind: 1) der Arzt ist durch die Infection moralisch deprimirt — viel mehr als irgend ein Laie, 2) der Arzt ist überanstrengt durch seine ärztliche Thätigkeit, 3) er wird schlecht behandelt. Fournier versichert, daß der Arzt stets in schlechterer Behandlung ist, als irgend ein Patient in der Privatpraxis oder im Krankenhause, und zwar vielfach aus Mangel an Zeit, oft auch in Folge einer gewissen Gleichgiltigkeit oder einer therapeutischen Skepsis und besonders oft, weil er eine Autorität nach der andern consultirt und so der Behandlung ein fester Plan fehlt.

K.

Fournier: **Extragenitale syphilitische Schanker in Constantinopel.** (Soc. française de Dermatologie et Syphiligr. nach La Médec. mod., 14. März 1896, No. 22.)

F. teilt mit, daß die Zahl der extragenitalen syphilitischen Schanker in Constantinopel weit größer ist als irgend wo anders, man beobachtet die Läsionen nach der Höhe der Frequenz 1) am Anus, 2) an der Brust, 3) an den Mandeln. Ferner erwähnt F. eine wahre Epidemie von Schankern an der Stirn zwischen den Augenbraunen, die ihren Ursprung therapeutischer Bestrebung eines Klosters verdankt. Ein Mönch, der die Gelbsucht coupiren soll, macht zu diesem Zweck Scarification an der erwähnten Stelle und saugt das Blut aus. Diesen so erzeugten Schankern folgte manchmal eine besonders schwere Syphilis, da die Kranken sich weigerten, einer specifischen Behandlung sich zu unterwerfen. Hz.

Nejelow: **Syphilisübertragung durch eine syphilitische Leiche.** (Wratsch 1896, No. 8.)

Gelegentlich eines Vortrags über extragenitale Syphilisinfection im ärztlichen Verein zu Kiew berichtete N. über einen von ihm neuerdings beobachteten Patienten, der mit Bestimmtheit angab, seine Syphilis von einer syphilitischen Leiche aquirirt zu haben. — Gewiß wäre es von Wichtigkeit, auf Grund zahlreicherer Beobachtungen festzustellen, ob eine derartige Syphilisinfection überhaupt möglich ist. Lubowski.

Besnier: **Schanker der Mamma.** (Ann. de derm. et de syph. 1896, No. 2).

B. stellt vor der „Soc. de derm. et de syph." eine Frau vor, die vor vierzehn Tagen ein gesundes Kind geboren hat und jetzt an der linken Brustwarze ein seit dem Anlegen des Kindes entstandenes Ulcus zeigt, ohne deutliche Induration, ohne beträchtliche Drüsenschwellung, von ziemlich heller Farbe. Da eine sichere Diagnose nicht zu stellen ist, schlägt Fournier vor, bis zur endgiltigen Entscheidung das Kind an die rechte Brust zu legen und die Milchsecretion der linken durch das Anlegen eines jungen Hundes zu unterhalten.

Dreyer.

Dr. Popper: **Fall von luetischer Infection bei der rituellen Circumcision.** (Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 5. Februar 1896.)

P. stellt aus der Abteilung des Prof. Lang einen Fall vor, der ein besonderes Interesse darbietet durch eine Art der Aetiologie der luetischen Infection, die gegenwärtig wenigstens zu den seltenen Vorkommnissen gehört.

Es handelt sich um ein sieben Monate altes Kind, welches bei der rituellen Circumcision luetisch inficirt wurde. Eine Woche nach der rituellen Circumcision, welche an dem demonstrirten Kinde, als es eine Woche alt war, vorgenommen wurde, will die Mutter bereits eine Schwellung des Gliedes bemerkt haben, wozu nach drei Wochen auch eine Schwellung der Drüsen in der Leiste sich hinzugesellte. Um dieselbe Zeit etablirte sich am Gliede ein Geschwür, welches trotz ärztlicher Behandlung keine Tendenz zur Heilung zeigte, im Gegenteil immer mehr sich vergrößerte und auch heute noch fortbesteht. Im dritten Monate trat ein Ausschlag auf, der nach mehrwöchentlichem Bestande unter interner Calomelbehandlung zum Schwinden gebracht wurde, während die Schwellung der Drüsen bis zum fünften Monate stationär blieb. Um diese Zeit begannen die Inguinaldrüsen zu vereitern, gleichzeitig schwollen die Halsdrüsen beiderseits an und abscedirten ebenfalls in kurzer Zeit. Weitere Drüsenschwellungen traten in der Axilla und rechterseits vor dem Ohre auf. Acht Tage vor der am 30. Januar 1896 erfolgten Spitalsaufnahme trat abermals ein Ausschlag auf.

An dem sehr herabgekommenen Kinde, dessen Fettpolster vollkommen geschwunden und die Haut schlaff und welk ist, fällt nächst dem fast



greisenhaft aussehenden Gesichtsausdruck und der sehr großen Cachexie auf die excessive Schwellung der Drüsen am Halse und in inguine. An diesen beiden Orten wurden die vereiterten Drüsen bereits incidirt und eine bedeutende Menge Eiter entleert. Die Schwellung der Halsdrüsen ist besonders stark entwickelt, wodurch die Configuration des Kopfes und der Halsgegend ein ganz eigentümliches Aussehen gewinnt. Von luetischen Erscheinungen zeigt das Kind gegenwärtig die exulcerirte, ungefähr kreuzergroße Sclerose am Penisintegument, nebst einer ausgesprochenen Lymphstrangsclerose; ein zum Teile bereits involvirtes, zum Teile noch vorhandenes papulöses Syphilid am Gesicht, Kopf, Stamm und Extremitäten, Palmar- und Plantarsyphilid, sowie eine Paronychie an der linken kleinen Zehe und ein Infiltrat im linken Nebenhoden.

Eine pathologische Veränderung der Knochen ist nicht vorhanden, ebenso bieten die inneren Organe, abgesehen von einer leichten Milzvergrößerung, nichts Abnormes.

Ein erhöhtes Interesse gewinnt der Fall durch den Umstand, daß der Beschneider, wie die Mutter des Kindes erzählt, noch zwei andere Kinder bei der Beschneidung inficirt haben soll.

Ob nun der Beschneider selbst luetisch ist, oder ob die Uebertragung mittelst der bei der Operation benutzten Instrumente erfolgte, konnte vom Vortragenden nicht eruirt werden. Autoreferat.

Wilhelm Vajda: **Weitere Fälle von extragenitaler Syphilis.** (Pester med.-chir. Presse 1896, No. 16.)

Verf. hat im Laufe der letzten 3 Jahre 21 Fälle extragenitaler Infection und 1 Fall von Syphilis d'emblée beobachtet. Darunter sind 12 Männer und 10 Frauen. Nach der Localisation handelt es sich 12 Mal um Lippensclerose (1 Mal durch Biss, 1 Mal durch Kuss entstanden), ferner saßen: 1 Sclerose an der Tonsille, 1 am Zahnfleisch (Zahnextraction), 1 am Kinn, 1 am Scheitel (Infection durch die Mutter), 1 am Hals, 1 an der Mamma (Stillung eines fremden Kindes), 1 am rechten Daumen (bei einer 57jährigen Hebamme), 1 an der linken Schenkelbeuge. Die Syphilis d'emblée betraf einen 18jährigen Juristen, der nie einen Coitus ausgeübt hatte und am Halse, Rumpfe, an der Innenfläche der oberen Extremitäten, an den Unterschenkeln hirsekorn- bis erbsengroße rote Papeln ohne Primäraffect und Drüsenschwellungen zeigte. K.

A. Shillitoe: **Eighteen cases of indurated pseudo-chancres.** (The Lancet 1896, 30. Mai.)

Es handelt sich hier um die nämlichen Erscheinungen, welche früher von Hutchinson als Rückfallschanker („relapsing“), von Bumstead als recurrirende Schanker bezeichnet wurden, Geschwüre von typischem Aussehen, die an der nämlichen Stelle wie der primäre Schanker oder aber von demselben entfernt und 3 Monate bis 25 Jahre nach ihm auftreten können.

mit der syphilitischen Infection nichts zu thun haben, indem sie nur dann von secundären Symptomen begleitet werden, wenn sie sich kurz nach dem Primäraffect einstellen, auf welchen sie dann auch bezogen werden müssen. Mikroskopisch und morphologissh lassen sie sich vom wahren harten Schanker nicht unterscheiden.

Gestützt auf die angeführten Merkmale möchte S. mit Fournier die alten Bezeichnungen („relapsing" und „recurrent") durch den Namen „harte Pseudoschanker" ersetzt wissen. — Er hat auch die Erfahrung gemacht, daß sie zuweilen maligu entarten. E. Heuß.

E. Heuss: **Zwei Fälle von extragenitaler Initialsclerose.** (Monatshefte f. pract. Dermat., Bd. XXII, No. 9.)

Der erste Fall betrifft eine 40jährige Frau, die ein typisches, mandelförmiges, radiär zum Anus gestelltes Geschwür der linken Hinterbacke zeigte. Ausbruch eines maculösen Syphilids nach vier Wochen. — Infection wahrscheinlich durch den Ehemann.

Im zweiten Falle, Ulcus specif. der Unterlippe bei einer Kellnerin, konnte nicht sofort die Diagnose gestellt werden, da die inficirte Stelle (woher?) infolge vorangegangener unzweckmäßiger Behandlung (wiederholte Höllensteinätzung, Salben etc.) ein kraterförmig ausgelochtes, reichlich stinkenden Eiter secernirendes, höckeriges, schmerzhaftes Geschwür bildete, von dem ein bleistiftdicker, knolliger Strang zur linken vergrößerten, druckempfindlichen Submaxillardrüse sich hinzog. Symptomatische Behandlung. Acht Wochen nach Auftreten des Ulcus: maculo-papulo-pustulöses Exanthem, Haarausfall, Erythem von Gaumen und Rachen, Iritis.

Trotz der schweren Allgemeinsymptome im zweiten Falle teilt H. nicht die Ansicht von der durch die Localisation bedingten Gefährlichkeit extragenitaler Sclerosen. Dieselbe hängt vielmehr von anderen zufälligen äußeren Umständen: zu später Diagnosestellung, Mischinfection, Beruf, Alter, Geschlecht etc. ab. Drei weitere Fälle von Extragenitalsclerose, die H. früher beobachtete (Bauch, Oberlippe, Zeigefinger und Penis zugleich), verliefen ebenfalls günstig. H.

Goldenberg: **Syphilitische Reinfection.** (Eschenedelnik. — St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1896, Juni.)

Verfasser hat sich auf Grund seiner in 2 Fällen gemachten Beobachtungen überzeugen können, daß die einmal durchgemachte syphilitische Infection vor einer zweiten Infection nicht zu schützen vermag. Li.

Galezowsky: **Die Uebertragung der Augensyphilis auf die zweite Generation.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphil. nach La France méd. 1895, No. 51.)

G. beobachtete vier Fälle, in denen specifische syphilistische Augenerkrankungen bei Personen auftraten, deren Eltern keine Symptome der Lues zeigten, deren Großeltern dagegen Lues acquirirt hatten. Der erste Fall

betraf ein 11jähriges Mädchen, das G. 1879 wegen einer Keratitis interstitialis behandelte. Der Vater des Kindes war nie syphilitisch erkrankt, dagegen als 19jähriger Mann ebenfalls wegen einer interstitiellen Keratitis in Behandlung gewesen. Neun Jahre nach Beginn der Behandlung constatirte G. eine Chorioiditis atrophica et pigmentosa, wie sie für Lues characteristisch ist. In den anderen drei Fällen waren die Beobachtungen dieselben. Bemerkenswert ist, daß die in der zweiten Generation auftretenden hereditären Erkrankungen der Chorioidea in ihrer Form und Entwicklung Unregelmässigkeiten zeigen. Bald wird nur ein Auge, bald nur ein Teil des Augenhintergrundes afficirt, die functionellen Symptome entsprechen niemals dem Grad der atrophischen Chorioiditis. Quecksilberbehandlung, in Form von Einreibungen längere Zeit gebraucht, hindert die weitere Entwicklung des Leidens und kann das Sehvermögen bei der syphilistischen hereditären Chorioiditis wesentlich bessern. Hz.

Abrahams: **Ein Fall von syphilitischer und tuberculöser Infection bei demselben Individuum.** (Med. Record, 28. December 1896.)

Ein 35jähriger Mann war bis vor 5 Jahren, abgesehen von wiederholten Gonorrhöen, vollständig gesund gewesen. Um diese Zeit begann er als Bergmann zu arbeiten. Nachdem er etwa ein Jahr lang diese unterirdische Thätigkeit betrieben hatte, stellte sich bei ihm ein hartnäckiger, trockener Husten ein. Er magerte mehr und mehr ab, die Verdauung wurde unregelmäßig, Durchfälle wechselten mit Obstipation ab, es machten sich Kurzatmigkeit und erschöpfende nächtliche Schweiße bemerkbar. Eine abundante Haemoptoe führte den Kranken zum Verf. Dieser constatirte eine rechtsseitige Spitzentuberculose und im Sputum reichlich Tuberkelbacillen. Unter Creosotgebrauch besserte sich der Allgemeinzustand erheblich, nur der locale Lungenbefund blieb unverändert. Nach etwa 10 Wochen präsentirte Pat. sich mit einem Ulcus durum an der Glans penis, mit verdickten Lymphgefäßen auf dem Penisrücken, sowie mit vergrößerten, indolenten und indurirten Inguinaldrüsen. Das Ulcus wurde mit Quecksilberpflaster behandelt. 8 Wochen später erschien unter schweren fieberhaften Symptomen eine Roseola, die innerhalb 5 Tagen sich über den ganzen Körper ausbreitete und den Charakter eines maculo-papulösen Syphilids annahm. Nachdem die Eruption vollendet war, fiel die Temperatur zur normalen Höhe herab. Pat. erhielt 50 Mercurial-Inunctionen, Jodkali und Leberthran. Unter dieser Behandlung verschwanden nicht nur die syphilitischen Erscheinungen vollständig, sondern es bildete sich auch die Tuberculose gänzlich zurück, so daß nicht nur die Tuberkelbacillen aus dem Sputum vollständig verschwanden, sondern auch der locale

Lungenbefund sich zur Norm zurückbildete. Pat. ist jetzt vollständig gesund und arbeitsfähig. Verf. hält diesen Fall für einen Beweis dafür, daß zwischen Syphilis und Tuberculose ein Antagonismus besteht, der bewirkt, daß erstere auf letztere einen heilenden Einfluß ausübt.

Lw.

Du Castel: **Eine Erkrankung, die einem syphilitischen Schanker gleicht.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphiligr. nach La Médec. mod., 14. März 1896, No. 22.)

C. stellt einen Pat. vor, bei dem er an dem Penis ein Leiden entdeckte, das absolut dem syphilitischen Schanker gleicht; bei Erhebung der Anamnese erfuhr er, daß der Pat. vor 6 Jahren von Fournier eines syphilitischen Schankers wegen in Behandlung war; drei Wochen vor dem Eintritt des Pat. in die Behandlung von C. traten an derselben Stelle zwei Knoten auf, aus denen die nunmehr sichtbaren, an jeder Seite des Frenulums vorhandenen Geschwüre entstanden. C. hat eine syphilitische Reinfection aber nie gesehen. Auch Fournier muß die Ansicht C.'s von der Gleichheit der Läsion mit einem syphilitischen Ulcus bestätigen, rät aber, zur Sicherstellung der Diagnose einen Monat zu warten, er hat nie einen Fall von syphilitischer Reinfection beobachtet. Besnier rät, den Pat. einer energischen Jodkalikur zu unterwerfen, um ex adjuvantibus über die Natur des Leidens in's Klare zu kommen, auch er kennt keine Reinfection. Baudoin warnt davor, aus dem Ansehen allein einen syphilitischen Schanker zu diagnosticiren und teilt einen ähnlichen Fall mit. Vor einigen Jahren diagnosticirte er einen harten Schanker bei einem Manne, der gegen die Diagnose energisch protestirte, da 5 Jahre zuvor von einem hervorragenden Syphilidologen die gleiche Diagnose gestellt worden war. Pat. befolgte die seiner Zeit ihm gegebene Vorschrift nicht, es traten keine secundären Erscheinungen ein. Die Diagnose von Baudoin wurde aber von Fournier bestätigt, und auch die Entwicklung der Krankheit bestätigte die Diagnose der Lues. Es giebt also Läsionen, die einen Irrtum in der Diagnose herbeiführen und bewirken, daß eine Zahl von Kranken mit Unrecht als Syphilitiker betrachtet wird.

Hz.

L. Nielsen: **Circinäre syphilitische Exantheme (Neurosyphilide-Unna).** (Monatshefte für practische Dermatologie, XXII. Bd., 1896.)

Das frühe syphilitische Exanthem, die Roseola, pflegt bisweilen mehrere Male, anscheinend mit unverändertem Character, zu recidiviren. In der That nimmt jedoch jedes Recidiv, zumal das spätere, eine von der gewöhnlichen Roseola etwas abweichende Formen, und unterscheidet demgemäß Fournier drei Formen: die Roséole de retour, Roséole ortié und die Roséole circinée. Diese letztere tritt meist in den ersten drei Jahren nach der Infection, bisweilen auch später auf, und ist durch ihre ausgeprägt münzen-

förmige Gestalt characterisirt. Sie wird auch Roseola tardiva oder Erythème circinée syphilitique tertiaire (Fournier) oder Neurosyphilid (Unna) benannt. Diese Exanthemform kommt, wie Verf. hervorhebt, bei genauer und andauernder Beobachtung von Syphilitikern garnicht so sehr selten vor. In vorliegender Arbeit werden 23 Fälle mitgeteilt. Die Roséola circinée tritt in verschieden langen Zeiträumen von ca. 10 Monaten bis zu zwei, vier und fünf Jahren nach der Infection auf. Es sind aber auch Intervalle von 13—19, ja sogar bis zu 46 Jahren beobachtet worden. In allen mitgeteilten Fällen hat die Syphilis vor dem Erscheinen des Spätexanthems einen im Ganzen milden Verlauf gehabt; gummöse Affectionen sind nicht zur Beobachtung gekommen. Andere Autoren (Brauman etc.) haben aber auch Fälle mitgeteilt, wo recht schwere Symptome vorangingen. Der Grund für das so späte Auftreten des Exanthems liegt nach Fournier, Brauman u. A. daran, daß die betreffenden Individuen meist eine überaus energische, andauernde (intermittirende) Behandlung durchgemacht hatten. Nach der bisher vorliegenden Statistik scheint das weibliche Geschlecht für diese Efflorescenzform mehr disponirt zu sein.

Die Roséole circinée nimmt gleich beim Entstehen ihre volle und bleibende Größe an, zeigt hinsichtlich ihrer Gestaltung sowohl in ihren einzelnen Elementen, wie auch in den Combinationen einen durchaus prägnanten Typus, ist in Bezug auf ihr Bestehen von unbeschränkter Dauer, trotzt hartnäckig jeder Behandlung und neigt sehr zu Recidiven. Sensibilitätsstörungen wurden bei ihr ebensowenig wie bei der gewöhnlichen syphilitischen Roseola gefunden und nur ab und zu ein gleichzeitiges Bestehen anderer syphilitischer Affectionen beobachtet.

Die pathologische Anatomie und Histologie dieser Efflorescenzform ist von Unna genauer studirt worden, welcher selbige nicht für Syphilom der Haut, sondern der Gefäßnerven derselben, für ein chronisch neurotisches Erythem hält.

Zum Schluß bespricht Verf. noch genauer die Diagnose und Differentialdiagnose, die Prognose und Therapie. Während hinsichtlich der Wirkung einer specifischen Behandlung die Ansichten der einzelnen Autoren recht abweichend und meist wenig günstig sind, hat N. im Gegenteil recht gute Resultate sowohl von Jodkalium allein als auch von Inunctionen oder einer Combination beider zu verzeichnen. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Ciarrocchi: **Exsudative Pleuritis im Rosealstadium der Syphilis.** (Ital. Ges. f. Dermat. u. Syph. — Wien. med. Presse 1896.)

C. beobachtete 3 Fälle, in deren einem es sehr rasch zur Thoracocentese kam, und fand in der Litteratur noch 14 Fälle, die 1—2 Monate nach der Initialsklerose aufgetreten waren.

In der Discussion hält Campana die Pleuritis für eine Begleiterscheinung, nicht für ein Symptom der Syphilis. Ciarrocchi meint, den bezeichneten Pleuritiden pflegen schwere Infectionen zu folgen. K.

Heinrich Rosin: **Acute Myelitis und Syphilis.** (Zeitschr. für klin. Med. 1895, 30. Bd., 1. und 2. Heft.)

In kurzer Uebersicht wird die Lehre vom Zusammenhang der Syphilis mit den Erkrankungen des Centralnervensystems dargestellt, unter Hinweis auf die Arbeiten von Fournier (1095 Erkrankungen des Nervensystems auf 3429 tertiäre Syphilisfälle), v. Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten), Heubner (Luetische Erkrankung der Hirnarterien), Virchow, Koester, Friedlaender, Baumgarten, Rumpf, Juillard (Kleinzellige Infiltration in der bindegewebigen Umgebung der Gefäße, der Meningen und der Neuroglia), Oppenheim und Siemerling (Wucherung und Verdickung der Meningen), Erb (Syphilitische Spinalparalyse), Kahler (Syphilitische Wurzelneuritis). Nach den bisherigen Erfahrungen scheint am häufigsten Gehirn und Rückenmark gemeinsam von der Syphilis ergriffen zu werden, seltener findet sich die Erkrankung des Rückenmarkes allein. Von den reinen Fällen soganannter syphilitischer Rückenmarkserkrankung zeigt die größere Zahl einen chronischen Verlauf, als die seltensten sind die acuten und uncomplicirten (auch ohne Gummabildung verlaufenden) Formen zu betrachten, besonders sind die Beziehungen der Syphilis zur acuten, uncomplicirten Myelitis nur selten gewürdigt worden. An der Hand eines vom Verf. beobachteten und genau mitgeteilten Falles von acuter Myelitis auf syphilitischer Basis, sowie von 11 aus der Litteratur gesammelten sicheren Fällen mit Obductionsbefund (Fälle von Möller, Goldflam, Hoppe, Schmaus, Homolle, Walker, Savard, Schultze, Juillard) giebt Verf. ein eingehendes Bild von dem klinischen Verlauf und histologischen Befunde bei der acuten Myelitis auf syphilitischer Grundlage. Der Process stellt sich dar als eine hochgradige Ernährungsstörung des Gewebes, wesentlich bedingt durch eine primäre tiefgreifende Gefäßerkrankung, welche als luetische anzusehen ist. Bemerkenswert ist das verhältnismäßig frühzeitige Auftreten der Krankheit nach dem Primäraffect. — Während die herangezogenen Fälle sämtlich letal verlaufen sind, trotz antiluetischer Kur, sind andere Fälle in der Litteratur mitgeteilt, in denen sich dasselbe Symptomenbild ausgeprägt hatte, die trotzdem zur Heilung gekommen sind. Ob die antiluetische Kur hier die Besserung bezw. Heilung erzielt hat, lässt sich nicht beweisen. Es ist indes wenig wahrscheinlich, da Baumgarten gezeigt hat, dass selbst die geringste Endothelwucherung der Intima durch eine antiluetische Kur nicht mehr rückgängig gemacht werden kann, vielmehr lässt sich in solchen Fällen nur annehmen, dass die specifische Kur nur das syphilitische Virus vernichtet und so ein weiteres Fortschreiten der Gefäßerkrankung verhindert, während das Rückenmark der herabgesetzten Ernährung sich allmählich wieder angepasst und schließlich erholt hat. — Ein 88 Nummern umfassendes Litteraturverzeichnis über den erörterten Gegenstand ist der Arbeit angeschlossen. K.

Arthur H. Ward (London): **Die Toxintheorie der Syphilis.** (The Lancet, 16. Mai 1896.)

Zum Zustandekommen einer möglichst einfachen Theorie über die Aetiologie der Syphilis würde es sich um folgende noch zu erhärtende Thatsachen handeln: 1) die Syphilis ist mit dem Wachstum eines Mikroben im Organismus verknüpft; 2) dieses Microbion erzeugt ein Toxin, welches die eigentliche Ursache der Krankheit ist.

Im Lichte der modernen Bacteriologie erscheint diese Theorie fast selbstverständlich, doch zunächst bleibt diese zukünftige Theorie nur eine Hypothese: denn noch ist das Bacterium nicht entdeckt und das Toxin nicht isolirt. Zur Zeit kann man von dem Toxin annehmen, daß es den Gesetzen der Diffusion und Osmose folgt, daß es ein Reiz für die Gewebe ist, daß es örtliche entzündliche Erscheinungen erzeugt, eine Anziehung auf die Leukocyten seiner Umgebung ausübt und in großen Mengen die Symptome allgemeiner Toxämie hervorruft.

Die Eingangspforte für die Infection ist oft so klein, daß sie uns entgeht: ist sie größer, so genügt die einfache Thatsache ihrer Kenntnis, um der weiteren Gefahr der Infection ein Ziel zu setzen. Bei dem ersten Anlaß können daher nur wenige Keime eindringen; zieht sich der Proceß in die Länge, so ist die Infection offenbar in langsamer Entwickelung begriffen. So können drei Wochen vergehen, ehe sich so viel Toxin gebildet hat, daß eine dem unbewaffneten Auge sichtbare zellige Infiltration entsteht. Das Incubationsstadium ist also ein scheinbar latentes. Haben sich nun um die Mikrobenkolonie zahlreiche Leukocyten angehäuft, dann ist die Papel, die Induration, das erste Zeichen der Syphilis da; gerade sie ist characteristisch für die Lues. Fast immer kommt es zur Geschwürsbildung, was wohl auf dem Zerfall der überreichlich gebildeten und schlecht ernährten Zellen beruht. Die Oberfläche der früheren Sclerose sieht jetzt weißlich aus und zeigt mehrere kleine unregelmäßige Einziehungen; sie heißt dann „wurmstichig"; diese Einziehungen entsprechen dem Zerfall der angehäuften Zellenmassen zwischen den Fasern der Haut.

Bestehen gleichzeitig mehrere Papeln, so fließen schließlich die Geschwüre in ein großes zusammen. An einem gefäßreichen Teile wie der Lippe tritt meist nur geringe Geschwürsbildung ein, trotzdem die Induration sehr ausgedehnt sein kann. Ist die Erosion innerhalb des Präputiums gelegen und die Entleerung unmöglich, so tritt in Folge des toxischen Reizes die Form acuter Reizung, Eiterung ev. Phagedänie auf.

Bei der gewöhnlichen Sclerose fehlt die Eiterung; denn sie entsteht nur durch zelligen Zerfall.

So lange die Colonie vereinzelt bleibt, wird ihr Toxin in das Blut

bequem diffundiren, am Rande der Colonie wird es weggespült und seine chemische Wirkung nachlassen. So wird auch die Sclerose aufhören und mit ihr ist die characteristisch scharfrandige Infiltration des Primäraffectes. Niemals wird sich eine einzelne Colonie mit völligem Mangel an erworbener Widerstandskraft der Leukocyten combiniren. Trotzdem kann nach Jahren ein einzelner Gummiknoten an analoger Stelle gefunden werden.

Mit der Colonie wächst auch die Induration peripherisch in die Gewebe und denselben Lauf nimmt die Geschwürsbildung. Die Größe des harten Schankers hängt also von dem primären Herde und von dem Wachstum der Microben innerhalb der Gewebe ab. Letzteres hängt wieder von der individuellen Widerstandsfähigkeit ab. Es ist daher für die Prognose nicht so sehr die Größe des Affectes, wie die Intensität des Wachstums von Bedeutung.

Bald werden die Microben die Lymphwege erreichen und im Lymphstrom zur nächsten Lymphdrüse gelangen, von dort zu einer ganzen Gruppe. Dort werden sie ebenfalls wachsen, Toxin erzeugen und somit Infiltration und indolente Schwellung.

Von den Drüsen breitet sich die Infection auf den Kreislauf aus, die Microben kommen in's Blut und überschwemmen so den ganzen Organismus. Mit den Capillaren werden sie in die entferntesten Punkte der Peripherie, in die durchlässigen Endgefäße der Haut und Schleimhaut geschleppt werden. Die secundäre Colonie wird nun durch die Gefäßwand in die Umgebung wachsen, die Epidermis durchdringen, wie es der contagiöse Ausfluß der Condylome verräth. Auch hier wird wieder Toxin gebildet werden, das wieder in den Kreislauf gelangt.

So lange nun dieser Proceß ohne locale Reizung verläuft, wird die Colonie unbeobachtet bleiben. Diese scheinbare Latenz kann nach den Untersuchungen Verf.'s bei einem inficirten Fötus 9 Monate dauern. Das Kind wird scheinbar gesund geboren: denn das Toxin diffundirt vermutlich in den mütterlichen Kreislauf. Bei der Geburt fällt letzteres fort; das Toxin beginnt sich anzuhäufen, das Kind verfällt, wird anämisch und bietet die Symptome secundärer Affectionen dar. Aehnlich scheint auch eine Ansammlung des Toxins dem Ausbruch der secundären Symptome bei acquirirter Lues vorauszugehen: auch hier finden sich toxämische Symptome (Uebelkeit, Fieber, Gewichtsabnahme, Anämie etc.). Erreicht die Toxinmenge im Blute eine gewisse Höhe, so wird dem Nachschub neuer Mengen aus den Herden Einhalt gethan und das Toxin, das in den Herden zurückgehalten wird, erzeugt locale Reizungserscheinungen. Die älteren und größeren Herde werden natürlich am meisten gereizt werden, da ja in ihnen mehr Toxin erzeugt

werden wird. Inzwischen werden die jungen Colonieen wachsen und allmählich werden zu den alten neue Störungen auftreten. So wird das Leiden Processe in jedem Entwicklungsstadium zeigen. Dann findet sich manchmal ein Nachlaß des Primäraffectes: er vernarbt, er verschwindet oder verwandelt sich in eine Plaque muqueuse.

Es scheint nun, daß die Zellen, welche die alten und neuen Herde angreifen, nach einiger Zeit genügend Widerstandskraft erlangen, um über die Microben herzufallen. Die Erwerbung dieser Widerstandsfähigkeit kann zur Bildung eines Antitoxins führen. Im primären Herde erlangen die Zellen diese Immunität am frühesten; daher läßt die Toxinbildung im Primäraffect nach und die Zellen, die keinen Reiz mehr finden, treten in's Blut über. So beginnt das Leiden zu heilen. Aehnlich wird es in den secundären Herden zugehen: die „Kampf-Zellen" umkapseln die Microben und hemmen ihr Wachstum. Die Toxinbildung hört auf und die Zeichen der Reizung verschwinden. Die Toxinmenge im Blute nimmt auch ab. Es beginnt das latente Stadium.

Mode.

Prof. Dr. M. Litten: **Ueber Lebersyphilis.** (Dermat. Zeitschrift.)

Die Erkrankungen der Leber, die bei Syphilis vorkommen, sind: die Perihepatitis, die amyloide Entartung, die syphilitische Lebercirrhose, die gummöse Form, und zwar die kleinknotige und die großknotige Form, und endlich die seltenste: die Hepatitis syphilitica diffusa interstitialis. Die Perihepatitis, wohl die häufigste und wichtigste aller syphilitischen Lebererkrankungen, ist zu erkennen durch die ungewöhnlich reichliche, bindegewebige Neubildung der Capsula Glissonii, die unter Umständen zu dicken, unregelmäßigen Schwartenbildungen führt, die auf das Leichteste abzutasten sind und sich von der gewöhnlichen Perihepatitis dadurch unterscheiden, daß hier die Tendenz fehlt, so in die Tiefe der Leber einzudringen und dabei Neubildungen zu etabliren, die sich meistens den natürlichen Fortsetzungen der Glisson'schen Kapseln anschließen. Die amyloide Syphilis der Leber unterscheidet sich, wenn sie isolirt vorkommt, nicht von der gewöhnlichen Form, nur daß man ätiologisch nachweisen kann, daß es sich um Syphilis handelt. Dasselbe gilt für die syphilitische Lebercirrhose. Die gewöhnlichste und am meisten bekannte characteristische Form ist die gummöse. L. erwähnt einen vor einiger Zeit von ihm beobachteten, hierher gehörigen Fall, in dem es sich um eine junge Frau handelt, die bald nach der Hochzeit an riesigen Oedemen erkrankte. Dann entwickelte sich eine Reihe von Geschwülsten, eine in der Gegend

der rechten Parotis, etwa gänseeigroß, eine zweite in der Mitte des Sterno-cleido-mastoideus, auch gänseeigroß und länglich, und endlich eine am linken Humerus bis zur unteren Epiphyse reichend, spindelförmig und kleinkindskopfgroß. Beim Untersuchen der Leber fühlte L. an der unteren Fläche derselben einen großen Tumor, der eine Delle besaß, so daß er die Erkrankung als maligne Geschwulstbildung ansprechen zu müssen glaubte und ein von der Parotis ausgehendes Chondrosarcom annahm. Im Laufe der Behandlung kam ihm bereits der Gedanke, daß es sich hier vielleicht doch um eine syphilitische Affection handelte, und in der That bestätigte sich dies bei der Autopsie, wobei die Leber zwei große Gummiknoten aufwies. Die letzte und seltenste Form der Lebersyphilis, die von E. Wagner zuerst beschrieben wurde und als Hepatitis syphilitica diffusa interstitialis bezeichnet ist, besteht in einer diffusen Bindegewebsentwicklung in der Leber, wobei die characteristischen Leberzellen durch zellenreiches Bindegewebe substituirt werden, welches nicht die Tendenz zur Schrumpfung hat, sich hierdurch also auf's Wesentlichste von der syphilitischen Lebercirrhose unterscheidet. L. hat drei Fälle bisher beobachtet, deren letzten er demonstrirt und bei dem er besonders auf die ganz eigenartige Consistenz der Leber, die Härte und Glätte hinweist. Es ist nach Ansicht L.'s dies die einzige Form der syphilitischen Lebererkrankungen, bei der wir blos auf Grund der objectiven Erscheinungen die Diagnose zu stellen im Stande sind. Arnheim.

Rob. Abbe: **Symptoms apparently due to hepatic Abscess: Piece of liver removed, containing syphilitic gumma; antisyphilitic treatment followed by recovery.** (The practitioners Society of New-York, Sitzung vom 3. Januar 1896. — Bericht des Medical Record.)

Der Fall betraf eine 40jährige Frau, die früher wegen einer Tubaraffection operirt worden war, später noch ein Mal wegen eines kleinen Ovarialtumors. Danach trat ein hektischer Zustand, starke Schwellung der Leber und Milz und starkes Fieber auf. Die Punction der Lebergegend verlief resultatlos. Die Leber bauchte sich anscheinend bis zum Nabel vor. Bei der Operation fand sich aber auch die Milz vergrößert, die Leber fand sich völlig frei von Eiter trotz mehrerer Punctionen. Dagegen fanden sich zahlreiche Gummata von Bohnen- bis Walnußgröße; einige saßen am freien Rande, manche überragten die Leberoberfläche beträchtlich. Sie sahen grau aus und es fanden sich zwei eingezogene Narben. Die mikroskopische Untersuchung ergab ebenfalls Lues.

Nach Excision eines Gummiknotens wurde die Wunde ohne Blutung geschlossen.

Nach der Operation wurde eine Inunctionskur zwei Wochen lang durchgeführt. Dann wurde Jodkali gegeben. Die Folge war Genesung. Temperatur fiel bald, Leber und Milz verkleinerten sich, Kräftezustand nahm bedeutend zu.

Niemals war vorher Lues constatirt worden. Mode.

Stanziole: **Splenitis gummosa.** (Ital. Ges. f. Dermat. u. Syph. — Wien. med. Presse 1896.)

In den Leichen von 2 Syphilitischen wurden nebst cerebralen, Gefäß- und anderen Alterationen vielfache gummöse Herde in der Milz vorgefunden. Tuberculose ausgeschlossen. K.

Mosca: **Osteoperiostitis gummosa des Brustbeines, spontaner Bruch desselben.** (Ital. Ges. f. Dermat. u. Syph. — Wien. med. Presse 1896.)

Die Kranke wurde durch Conception syphilitisch. Das 22 Jahre latente Leiden manifestirte sich nur durch wiederholte Aborte, bewies aber auch den Einfluss traumatischer Reize, indem das Brustbein der Kranken, durch ihre Beschäftigung als Stickerin häufigen Insulten ausgesetzt, ohne unmittelbaren Anlass zerbrach.

Pleuritische Complicationen traten nicht auf, möglicher Weise war das Mediastinum durch Verdickung der Fascia endothoracica vor Septikämie geschützt. K.

Kuhn: **Syphilitische Tumoren der Nase.** (Unterelsässischer Aerzteverein in Straßburg, Sitzung vom 27. Juli 1895. — D. med. Wochenschrift 1896, No. 5.)

K. schildert mehrere Fälle von syphilitischen Tumoren der Nase, bei denen die Geschwulst als Folge einer directen Infection entstanden war, und andrerseits einen Fall bei einem 8jährigen Mädchen, bei dem zahlreiche Syphilome in der Nase als Spätererscheinungen einer congenitalen Lues aufgetreten waren. Mikroskopisch bestehen diese Syphilome in ihrem Hauptbestandteile aus Rundzellen, jugendlichen Bindegewebszellen; fernerhin findet man Riesenzellen von verschiedener Form, vor Allem aber in denselben ein faseriges Bindegewebsstroma; und es ist dies letztere das Unterscheidungsmerkmal zwischen diesen syphilitischen Tumoren und dem Rund- oder Spindelzellensarcom, bei denen die Grundsubstanz meist nur spärlich und mehr homogener oder doch leicht körniger Art ist. — Diese Syphilome dürfen außerdem nicht mit den in der Nase so häufig vorkommenden syphilitischen Gummata verwechselt werden, bei denen es sich um eine entzündliche Einlagerung in die Schleimhaut handelt, die sich in der Fläche stark ausbreitet und nur wenig das Gewebe überragt, die sehr bald zerfällt und sich in ein syphilitisches Ulcus verwandelt; der syphilitische Tumor dagegen geht nur von einer kleinen circumscripten Stelle der Schleimhaut aus, entwickelt sich zu beträchtlicher Größe und zeigt keine Neigung zum Zerfall. K.

A. Bruck: **Zur Syphilis des äusseren Ohres.** (Berliner klin. Wochenschr. 1896, No. 8.)

Die syphilitischen Affectionen des Gehörorganes unterscheiden sich bezüglich der Häufigkeit ihres Auftretens wesentlich von einander, je nachdem dabei das äußere, das innere oder das Mittelohr in Betracht kommt. Während bei den Erkrankungen des äußeren Ohres die Secundäraffectionen, speciell die papulösen Eruptionen viel häufiger als die Spätformen der Erkrankung sind, handelt es sich bei den Erkrankungen des Labyrinthes — wenn nicht Hereditärlues vorliegt — meist um syphilitische Spätformen, die gleichzeitig mit catarrhalischen oder eitrigen Mittelohrentzündungen verbunden sein können. Immerhin gehören auch die Secundärerscheinungen im Bereiche des äußeren Ohres, zumal im Meatus audit. ext., zu den selten beobachteten Affectionen.

Deprés[1]) fand unter 1200 syphilitischen Personen 980 Mal Condylomata lata, darunter nur 5 Mal solche des äußeren Gehörganges. Nach seiner Ansicht entwickeln sie sich ausschließlich bei solchen Patienten, die früher an Ohrenfluß gelitten. In der Ohrmuschel will er oft Condylomata constatirt haben, einige Male hatten sie ihren Sitz am Ohrläppchen, und zwar meist an der Ohrringöffnung. Buck[2]) sah unter 4000 Ohrenkranken 30 Mal Syphilis des äußeren Gehörganges, darunter ebenfalls nur 5 Mal Condylome, Ravogli[3]) unter 144 Syphilitikern nur 1 Mal Condylombildungen an dieser Stelle, während syphilitische Affectionen des Mittelohres immerhin wenigstens in 15 Fällen nachgewiesen werden konnten. Hedinger[4]) berichtet über 3679 von ihm behandelte Ohrenkranke, von denen nur einer mit einer specifischen Erkrankung des äußeren Ohres war. Lemcke[5]) beobachtete unter 1030, Bezold[6]) unter 4341 in den Jahren 1890—1892 behandelten Ohrenkranken ebenfalls nur einen Fall von breiten Condylomen im äußeren Gehörgang. B. Baginsky endlich hat in einem Zeitraum von zehn Jahren bei einem Material von nahezu 20000 Ohrenkranken — den weiter unten beschriebenen Fall mit eingerechnet — im Ganzen 4 Mal Gehörgangscondylome gesehen.

Knapp[7]) berichtet ferner über einen Fall, den einzigen unter 9000 bis 10000 Ohrenkranken, bei dem es sich um nässende Condylome in beiden

---

[1]) A. Deprés: Note sur les variétés du siège des maladies de l'oreille, du larynx etc., Tome IV, pag. 311.

[2]) Alb. H. Buck: Amer. Journ. of otology 1879, I.

[3]) Ravogli: II. otol. Congr. in Mailand 1880.

[4]) Hedinger: Mitteilungen aus der Ohrenpraxis. Württ. med. Corresp., No. 6, 7, 8.

[5]) Lemcke: Bericht über die Univ.-Polikl. in Rostock etc. Arch. für Ohrenheilk. Bd. 36, 64.

[6]) Bezold: Ueberschau über d. gegenw. Stand d. Ohrenheilk., Wiesbaden 1895.

[7]) K. Knapp: Condylome beider Gehörgänge. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. VIII, 2, pag. 122.

Gehörgängen handelte, complicirt mit doppelseitiger Otitis media purul. und Perforation des Trommelfells. Schwartze[8]) beschreibt einen Fall von Otitis ext. syphil., dadurch characterisirt, daß sich am Eingang des Gehörs ein ringförmiges Geschwür mit schmutzig-weißlichem Belag zeigte, das den Gehörgang wesentlich verengte. Die Umgebung des Ohres, besonders die Lymphdrüsen waren stark geschwollen. Böke[9]) beobachtete breite Condylome im Gehörgang und an der Ohrmuschel, Trautmann[10]) ein solches im linken äußeren Gehörgang mit granulirender Oberfläche und dünnflüssiger, ziemlich reichlicher, übelriechender Secretion; die regionären Drüsen waren indolent geschwollen. Zucker[11]) beschreibt neben einem Falle von Primäraffect am äußeren Ohr zwei Fälle von Gehörgangscondylomen, Noquet[12]) einen Fall, bei dem sich beide Gehörgänge mit confluirenden Papeln angegefüllt erwiesen, und Köbner[13]) einen Fall, in welchem kleine runde Papeln in dem einen und gleichzeitig breite Condylome im anderen Gehörgange vorhanden waren. Schwabach[14]) sah in zwei Fällen von Otitis ext. diff. Condylome im äußeren Gehörgange, und zwar beide Male in so großer Menge, daß die ganze Auskleidung damit bedeckt war. In dem einen Falle war Lues nachweisbar, während sie in dem anderen sicher ausgeschlossen werden konnte.

Einzelne Fälle registriren ferner noch Christinek[15]) und Kretschmann[16]) aus der Hallenser und Jacobson[17]) aus der Berliner otiatrischen Universitäts-Poliklinik. In den beiden ersten Fällen war die Paukenhöhle frei, im letzteren bestand Otorrhoe.

Die genauesten Daten finden sich bei Stöhr[18]), der in einer besonderen

---

[8]) Schwartze: Beiträge z. Path. und path. Anat. d. Ohres. Arch. für Ohrenheilk. Bd. IV., pag. 235.

[9]) J. Böke: Ueb. d. syphil. Affectionen d. Gehörganges. Wien. allg. med. Ztg., No. 2.

[10]) Trautmann: Ueb. d. Wert d. Ohrenheilk. f. Militärärzte. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. VII.

[11]) J. Zucker: Ueb. Syphil. d. äußeren Ohres. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XIII, 2 u. 3, pag. 167.

[12]) Noquet: Un cas des syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes. Revue mens. de laryng. etc. 1885, No. 7.

[13]) Köbner: Klin. u. experim. Mitteil. aus d. Dermat. u. Syphilidol., Erlangen 1878, pag. 53.

[14]) Schwabach: Eulenburg's Real-Encyclopädie, II. Aufl., Bd. VIII, pag. 147.

[15]) Christinneck: Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XVIII, pag. 288 u. Bd. XX, pag. 31.

[16]) Kretschmann: Dasselbe Bd. XXIII, pag. 239.

[17]) Jacobson: Dasselbe Bd. XIX, pag. 36.

[18]) Stöhr: Ueb. Bildung v. breiten Condylomen im äußeren Gehörgang. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. V, pag. 130.

Studie die klinischen Symptome und Behandlung der Gehörgangscondylome bespricht. Auffallend ist nur, daß Stöhr in dem kurzen Zeitraum von drei Jahren im Ganzen 14 Mal diese Affection constatiren konnte, während alle übrigen Autoren über verhältnismäßig wenige Beobachtungen verfügen. Von dermatologischer und syphilidologischer Seite wird freilich die Seltenheit condylomatöser Bildungen im äußeren Gehörgang bestritten, ob schon Frey[19], der neuerdings über einen Fall von syphilitischer Exostose auf dem Proc. mastoides und über drei Fälle von gummösen Ulcerationen an der Ohrmuschel und den benachbarten Hautteilen aus der Saalfeld'schen Poliklinik berichtet, ohne Weiteres zugiebt, daß syphilitische Affectionen aller Art am äußeren Ohre vorkommen, aber „verhältnismäßig sehr selten" sind.

In dem vom Verf. beobachteten Falle (aus der Baginsky'schen Poliklinik) handelt es sich um einen 27jährigen Mechaniker, der seit Anfang Januar 1895 schwerhörig zu sein und Ohrenlaufen zu haben angab. Er hatte sich im September 1894 inficirt, bald darauf eine Spritzkur durchgemacht und später Quecksilber in Pillenform genommen. Kurz vor Weihnachten 1894 — bald nach dem Auftreten der ersten Haut- und Schleimhauterscheinungen — bekam er stechende Empfindungen in beiden Ohren, verbunden mit starken subjectiven Geräuschen; aus beiden Ohren entleerte sich eine dünnwässerige, übelriechende Flüssigkeit, das Gehörvermögen nahm stetig ab. — Bei der Aufnahme am 31. Januar 1895 fanden sich beide Gehörgänge mit flachen, warzenartigen, rötlichen und graurötlichen Excrescenzen ausgefüllt, welche die äußere Circumferenz des Gehörganges ziemlich scharf abgrenzten und in Allem den am Anus so oft beobachteten breiten Condylomen glichen. Ihre Oberfläche war zum Teil exulcerirt, zeigte einen speckigen Belag und sonderte ein dünnseröses, übelriechendes Secret ab. Die Wucherungen erstreckten sich weit in die Gehörgänge hinein und verengten dieselben dermaßen, daß eine Besichtigung der tiefer gelegenen Teile und des Trommelfells nicht möglich war. An der linken Ohrmuschel bot sich ein (nach Lesser sogenanntes) papilläres Syphilid, eine sehr seltene für Syphilis geradezu pathognomonische Veränderung.

Die Behandlung bestand in einer Schmierkur, täglich 3 g Ungt. ciner., im Ganzen 90 g. Dabei wurden die Wucherungen im Gehörgang Anfangs einmal mit reiner Chromsäure, an eine Sonde angeschmolzen, energisch cauterisirt und vom dritten Tage ab mit 5—6 proc. Argentumlösung bepinselt. Das Secret wurde regelmäßig mit feinen, möglichst weit vorgeschobenen Wattеträgern abgetupft, überhaupt der Gehörgang möglichst oft gründlich gesäubert. Unter dieser allgemeinen und localen Behandlung gingen die papulösen Bildungen rasch zurück. Nach drei Wochen beide Gehörgänge glatt und eben, eine Woche darauf wird Pat. als geheilt entlassen, nach weiteren vier Wochen kein Recidiv. K.

---

[19] P. Frey: Ueber Syphilis des äußeren Ohres. Dermat. Zeitschr., Bd. XXII, pag. 233.



Alelekoff (Moskau): **Beitrag zur Symptomatologie und Pathologie der syphilitischen Erkrankungen der Arterien und des Gehirngewebes.** (Centralbl. f. Neurolog. 1896, No. 6.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von cerebraler Erkrankung bei einem hereditär nicht belasteten 21jährigen Manne 6 Monate nach einer syphilitischen Infection. Sehr buntes und unklares Krankheitsbild mit den verschiedenartigsten psychischen und nervösen Symptomen. Exitus am zwölften Tage der Erkrankung. Die Autopsie ergiebt eine Endarteriitis obliterans im Gebiet der rechten Art. fossae Sylvii und eines Astes der Art. basilaris, sowie mehrere Erweichungsherde der Hirnsubstanz. Die klinischen Erscheinungen und die pathologischen Befunde werden unter Berücksichtigung der bisherigen Forschungsresultate genau analysirt. K.

Wolter: **Seltener Fall einer starken Blutung infolge syphilitischen Geschwüres der Portio.** (Münch. medicin. Wochenschrift 1896, No. 20.)

Die interessante Krankengeschichte mahnt an das alte, wenn auch nicht wissenschaftliche, so doch in praxi tausendfach bewährte Wort: In dubiis suspice luem.

Patientin, vor circa 15 Jahren syphilitisch inficirt und darauf einmal im Krankenhaus mit Schmierkur behandelt, hat neunmal geboren, sämtlich tote Kinder. Dreiviertel Jahre nach Geburt des letzten Kindes stellten sich andauernd heftige Blutungen aus der Scheide ein, die sie körperlich stark herunterbrachten. Die Specularuntersuchung ergab an Stellle der rechten Hälfte der Portio eine wunde, leicht blutende Geschwürsfläche, die sich in das Uteruscavum fortzusetzen schien. Kein stinkender Ausfluß, Geschwürsränder weder gewulstet, noch knollig. Uterus nicht vergrößert. Wahrscheinlichkeits-Diagnose trotz negativen Symptomenbefundes: Carcinom. Therapie: Jodoformgazetampon plus Spülungen. — Am gleichen Abend heftige Blutung, Tampon herausgedrängt, Zeichen der äußersten Anämie. Erneute Tamponade, Autotransfusion, Excitantien etc. Nach 24 Stunden Tampon entfernt, keine Blutung. Erst jetzt im Verein mit der Anamnese Verdachtsdiagnose auf zerfallenes Gumma. Jodkali, versuchsweise gegeben, bringt sofortige Besserung; in drei Wochen ist die Geschwürsfläche vollständig vernarbt ohne weitere Localbehandlung. E. Heuß.

Syphilis congenita.

Anderson: **Congenitale Syphilis bei einem tuberculösen Mädchen.** (The British Journ. of dermatology, April 1896.)

Vor der „Dermatological society of London" zeigte Anderson ein 19jähriges Mädchen mit Lungentuberculose, deren Nase durch einen hereditär-luetischen Proceß vollkommen zerstört war, während Geschwüre sich bereits über die Wangen, die Oberlippe, die unteren Augenlider und die

Stirn erstreckten. Sie wurde durch tägliche Dosen von 5 g Jodkali (3 Mal 1.8 g) geheilt, während eine vorausgehende Behandlung mit geringeren Einzelgaben keine Besserung herbeizuführen vermochte. Plastische Operationen deckten später die entstellenden Defecte. Dreyer.

Karl Hochsinger: **Zur Kenntnis der angeborenen Lebersyphilis der Säuglinge.** (Wien. med. Woch. 1896, No. 9—14.)

H. hat von 1883—94 in dem ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitut zu Wien 172 Fälle von hereditärer Syphilis beobachtet, 148 davon hatten noch nicht das erste Lebensjahr zurückgelegt. Unter diesen 148 congenital luetischen Säuglingen waren 46 mit klinisch constatirbarer Lebervergrößerung behaftet. Auf diese entfallen 30 Heilungen und 16 Todesfälle, von denen 5 zur Section kamen. In einem von diesen wurde ein nicht der Syphilis zugehöriger anatomischer Befund erhoben, nämlich eine tuberculöse Verkäsung der Leber. Dieser erste beobachtete Fall von angeborener Mischinfection von Syphilis und Tuberculose ist vom Verf. auf dem dermatologischen Congreß in Breslau 1894 mitgeteilt worden. Unter den geheilten Fällen befinden sich auch Säuglinge mit schwerer allgemein syphilitischer Erkrankung und sehr großen und harten Leber-Tumoren. Darnach kann die seiner Zeit von Gubler[1]) vertretene Anschauung, daß die große Sterblichkeit congenital syphilitischer Säuglinge hauptsächlich von der Mitaffection der Leber abhänge, nicht bestätigt werden, wenngleich die von G. zuerst festgestellte Thatsache, daß es kaum eine syphilitische Totgeburt giebt, bei welcher nicht die Leber Veränderungen aufweist, noch heute zu Recht besteht.

Die größte Anzahl der beobachteten Fälle zeigte gleichzeitig eine Vergrößerung der Milz, nur zweimal fehlte jede Spur einer Volumzunahme derselben. Die Größe der Leber schwankt zwischen einer Ausdehnung von mehreren Centimetern unterhalb des Rippenbogens bis zu Intumescenzen, welche unter die quere Nabellinie herabreichen. Fälle von diesen hochgradigsten Leberschwellungen waren auch nach jeder andern Richtung hin schwer erkrankt und endeten stets letal. Die Oberfläche der Leber war glatt und zeigte eine auffallende Härte. Knoten und Lappenbildungen waren niemals palpatorisch nachweisbar, in keinem Fall bestand Icterus oder Ascites. — Bezüglich der Prognose gilt, daß der mit hereditärer Syphilis behaftete Säugling um so schwerer in seinem Allgemeinzustand betroffen scheint, in je früherem Alter die Leberschwellung bei ihm manifest wird. Fast immer war

[1]) Affection der Leber als Symptom der ererbten Syphilis der Neugeborenen. Gaz. méd. 1851.



die Lebererkrankung mit floriden syphilitischen Exanthemen verbunden, regelmäßig fand sich daneben eine Affection der Nasenschleimhaut.

Therapeutisch wurde in den früheren Jahren nahezu ausschließlich das Protojoduretum Hydrargyri in der Dosis von 25 mg p. d. angewendet. Meist war schon nach 2wöchentlicher Darreichung eine Abnahme des Lebervolums zu verzeichnen. Nur sehr große und harte Lebern widerstanden einer mehr als 4wöchentlichen Behandlung, ohne eine Verkleinerung zu zeigen. Gewöhnlich handelte es sich dann um eine hochgradige Fettinfiltration. Meist waren unter der Behandlung die Haut- und Knochenaffectionen längst geschwunden, während die Leber noch vergrößert erschien. Noch langsamer als der Leber tumor bildete sich die Milz zurück.

Die Diagnose der hereditären Lebersyphilis ist gewöhnlich leicht zu stellen, weil in der Regel die Erscheinungen von Hautsyphilis vorhanden sind. In allen Fällen aber finden sich characteristische Veränderungen der Nase. Icterus und Ascites wurden nie beobachtet. Ueberhaupt ist Ascites in Folge von Lebersyphilis noch niemals in einwandfreier Weise constatirt worden, und auch in den wenigen publicirten Fällen von Lebervergrößerungen syphilitischer Säuglinge in Verbindung mit Icterus steht der syphilitische Character der Erkrankung nicht zweifellos fest. Dies gilt für die Fälle von Henoch („Vorlesungen"), Hansemann[2]), H. Neumann, Roth[3]). Von angeborener, auf syphilitischer Grundlage beruhender, pericholangitischer Erkrankung ist ein einziger, absolut sicherer Fall von H. Beck[4]) veröffentlicht worden. Hier handelte es sich aber um tote Frühgeburt, so daß dieser Fall für die Frage des syphilitischen Icterus der Säuglinge nicht verwertbar ist. Von zweifelhaft syphilitischer Natur ist ferner der Fall von R. Lomer[5]). Von den 3 Fällen von Schüppel[6]) hatten 2 Icterus, diese verstarben aber in den ersten Lebenstagen und können somit unter der Wirkung des Icterus neonatorum physiologicus gestanden haben, und der dritte Fall hatte absolut keine sicheren Zeichen von

---

[2]) Befund bei einem an schwerem Icterus gestorbenem Kinde im Alter von $3^1/_2$ Monaten. Allg. med. Centralztg. 1893, No. 5.

[3]) Congenitaler Defect der Gallenwege. Virchow's Arch., Bd. 43, 2, pag. 296.

[4]) Congenital-luetische Erkrankung der Gallenblase und der großen Gallenwege. Prag. med. Woch. 1884, No. 26—29.

[5]) Ueber einen Fall von congenitaler partieller Obliteration der Gallenwege. Virchow's Arch., Bd. 99, Heft 1.

[6]) Ueber Periphlebitis bei congenitaler Syphilis. Arch. f. Heilk., Bd. XI, 1869.

Syphilis. Endlich hat noch Chiari[7]) einen Fall von Icterus bei einem hereditär-syphilitischen Kinde ohne Lebervergrößerung beschrieben. Dieses ist der einzig sichergestellte Fall von einer mit Icterus verbundenen syphilitischen Lebererkrankung im Säuglingsalter. Da aber hier das Lebervolumen nicht vergrößert war, läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen sagen: daß in allen, mit notorischen anderweitigen manifesten Syphiliserscheinungen behafteten Fällen von Leberintumescenz bei hereditär-syphilitischen Säuglingen Icterus fehlte. Wo aber Icterus mit Leberschwellung bei Säuglingen bestand, fehlten immer sichere Zeichen der Syphilis, für deren Diagnose besonders die characteristische Nasenaffection, zum mindesten der Schnupfen in Betracht kommt, welche Verf. unter allen 148 hereditär-syphilitischen Säuglingen nicht ein einziges Mal vermißt hat.

Die Fälle von Icterus neonatorum führt H. auf angeborene Hemmungsbildungen oder fötale Entzündungsvorgänge im Bereiche der Gallenwege zurück, und wenn man annimmt, daß sich in weiterer Folge an die Gallenstauung eine cirrhotische Wucherung des Leberbindegewebes anschließt, so ist das Vorkommen einer biliären hypertrophischen Cirrhose bei Neugeborenen auch ohne syphilitische Vererbung vollständig erklärt. Ferner kommt hier noch der 80 pCt. aller Neugeborenen betreffende Icterus physiologicus neonatorum in Betracht, vielleicht, daß sogar die hierbei physiologisch bestehende Gallenstauung in dem einen oder anderen Falle zu einer secundären Erkrankung der Gallenwege führen kann.

Gegen die Deutung der oben beschriebenen Lebererkrankungen als Lebersyphilis könnten gewisse Einwendungen erhoben werden. Bekanntlich ist die angeborene Syphilis häufig die Ursache einer von Jaksch[8]) als Anaemia pseudoleucaemica infantum bezeichneten Blutveränderung, welche stets mit Milz-, oft auch mit Lebervergrößerung einhergeht. Eine Verwechselung der Lebersyphilis mit diesen Zuständen lässt sich jedoch durch Berücksichtigung der Grössenverhältnisse von Milz und Leber vermeiden. Bei der Anaemia steht der Milztumor stets im Vordergrunde, während die Lebervergrößerung zu dieser in keinem proportionalen Verhältnisse steht. Auch die histologischen Befunde der Leberveränderungen bei der Anaemia sind nach Luzet[9])

---

[7]) Lues hereditaria mit gummöser Erkrankung des galleleitenden Apparates des Magens. Prag. med. Woch. 1885, No. 47.

[8]) Ueber Leukämie und Leukocytose im Kindesalter. Prag. med. Woch 1890, No. 22—23.

[9]) Etudes sur les anémies de la première enfance etc. Paris 1891.

und Loos[10]) von denen bei der Lebersyphilis verschieden. Ferner könnte die Leberschwellung bei einem congenital luetischen Säuglinge gelegentlich einmal auf Leukämie, welche sich auch bei congenitaler Syphilis findet, beruhen, anstatt direct durch die Syphilis bedingt zu sein. Fälle einer echten syphilitischen Säuglingsleukämie sind von Bagiusky[11]), Monti und Berggruen[12]) und von H.[13]) beobachtet worden.

Verf. berichtet weiterhin über den klinischen Verlauf und die anatomisch-histologischen Befunde der von ihm obducirten 5 Fälle von congenital-syphilitischen Leberintumescenzen. Die Lebererkrankung stellt sich niemals als eine rein interstitielle, sondern immer gleichzeitige diffuse Affection des gesamten Lebergewebes dar. Einen absolut beweisenden Wert für die histologische Diagnose sieht Verf. in der Anwesenheit entzündlicher Veränderungen an den Blutgefäßen, an den Scheiden und der unmittelbaren Umgebung derselben und stellt sich damit in Gegensatz zu R. Fischl[14]), der bei Gelegenheit des Nachweises, daß die bei congenital-syphilitischen Säuglingen mitunter vorkommende hämorrhagische Diathese (Syphilis hämorrhagica neonatorum) mit der Erkrankung der kleinen Blutgefäße nicht in Zusammenhang gebracht werden könne, die Anschauung vertritt, daß die Gefäßerkrankung beim hereditär-syphilitischen Proceß nur eine untergeordnete Rolle spielt, während andere Autoren, wie Christodulos G. Spanudis[15]), Marchiafava[16]), Massalongo[17]), Hutinal und Huddo[18]), Mracek[19]), Tobeitz[20]), Stroebe[21]) und Chiari ebenso

[10]) Die Anämie bei hereditärer Syphilis. Wien. klin. Woch. 1892, No. 20.

[11]) Lehrb. d. Kinderkrankh., III. Aufl. 1889, pag. 287.

[12]) Die chronische Anämie im Kindesalter. Leipzig 1892. pag. 77.

[13]) Fall aus dem Jahre 1884 mit einem Verhältnisse zwischen weißen und roten Blutkörperchen wie 1 : 15. (Nicht publicirt.)

[14]) Zur Kenntnis der hämorrhagischen Diathese hereditär-syphilitischer Neugeborener mit besonderer Berücksichtigung auf das Verhalten der kleinen Gefäße. Arch. f. Heilk., VIII. Bd. 1887.

[15]) Ueber congenitale Lungensyphilis. Inauguraldissertation, Freiburg i. B. 1891.

[16]) Sopra alcune alterazione dei reni nella sifilide ereditarii. Arch. per l. scienze med., VIII. Bd. 1885.

[17]) Sifilide renale congenita. Gaz. d. ospedalie d. cliniche 1894, No. 59.

[18]) Etude sur les lésions syphilitiques de foie chez les foetus et les nouveaux-nés. Arch. de méd. expér. et d'anat.-pathol. 1890, No. 4.

[19]) Ueber Enteritis bei Lues hereditaria. Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph., X. Bd., 1883, pag. 209.

[20]) Ein Beitrag zur Casuistik der Syphilis hereditaria. Arch. f. Kinderheilk., XVI. Bd. 1893, pag. 45.

wie H. den Gefäßalterationen bei congenitaler Syphilis eine hohe Bedeutung beilegen. Weiterhin hat Fischl (Naturforscher-Versammlung zu Lübeck) die syphilitische Natur der beschriebenen Leberaffection bezweifelt und den Befund von Gummiknoten vermißt, welchen er allein als typische Form der congenital-syphilitischen Lebererkrankung betrachtet. Im Gegensatz dazu erklärt H. in Uebereinstimmung mit den bekannteren Lehrbüchern der pathologischen Histologie und den Arbeiten von Hessler[22]), Ory und Déjérine[23]), Sinéty[24]), Samuel Wilks[25]), E. Wagner[26]), R. Müller[27]), Gaëtano Casati[28]) gerade die diffuse intra- und interacinöse Zellinfiltration des Lebergefüges als die allerhäufigste und darum typische Veränderung der congenital-syphilitischen Säuglingsleber.

Gerade in der Neigung zu diffusen, chronisch entzündlichen Erkrankungsformen größerer Organe und Organgebiete (cfr. typische diffuse Infiltration der Fußsohlen- und Unterschenkelhaut syphilitischer Säuglinge) ist eine der wesentlichen Eigentümlichkeiten der angeborenen Syphilis zu sehen. — Den oben erwähnten Befunden schließen sich auch die Obductionsergebnisse von Lebern zweier totgeborenen Syphilitischer an. Die anatomischen Veränderungen der hereditär-syphilitischen Säuglingsleber lassen sich nach Verf. in 4 Gruppen einteilen, die sich allerdings häufig in einer und derselben Leber zusammenfinden:

1) diffuse kleinzellige Infiltration,

2) bindegewebige Hyperplasie,

3) miliare Gummata (d. h. dichter gehäufte kleinzellige Infiltrationen im interacinösen Bindegewebe),

4) wahre knotenförmige Gummositäten (außerordentlich seltener Befund im Säuglingsalter, um so mehr, als der Verdacht einer Verwechselung mit Tuberculose vielfach nicht von der Hand zu weisen ist).

K.

---

21) Zur Histologie der congenitalen Nieren- und Lungensyphilis. Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat. 1891, No. 24.

22) Congenital Syphilis. Report of a case. Journ. of cut. and genit.-ur. diseases 1893.

23) Lebersyphilis bei einem 2 Monate alten Kinde. Progrès méd. 1875, No. 2.

24) Syphilitische Veränderungen bei einem Foetus. Ibid. 1877, No. 48.

25) Schmidt's Jahrbüch. 1864, I., pag. 175.

26) Das Syphilom der Leber. Arch. f. Heilk., V., 1864, pag. 121.

27) Beiträge zur pathol. Anat. d. Syph. hered. d. Neugebor. Virchow's Arch., Bd. 92 1883, pag. 552.

28) Studien und Beobachtungen über die infantile Syphilis. Arch. f. Dermat. und Syph., IV, 1893.

Albers-Schönberg: **Ueber fötale Syphilis.** (Münchener medic. Wochenschrift 1896, No. 19.)

Zur Feststellung der Frage: wann ist ein macerirtes, frühgeborenes Kind pathologisch-anatomisch als syphilitisch anzusehen, wiederholte A. die bekannten Untersuchungen von Ruge, deren Resultat in den Sätzen gipfelt, daß die Milz sämtlicher syphilitischer Kinder trotz des allgemeinen Gewichtsverlustes infolge der Maceration bei Weitem größer und schwerer als diejenige gesunder Kinder ist, daß ferner die Leber unter Berechnung des durch die Maceration entstandenen Gewichtsverlustes fast doppelt so schwer wie die Leber gesunder Kinder ist. Die Untersuchungen von A. ergaben insofern eine Bestätigung, daß, wenn auch nicht in allen Fällen, wie Ruge behauptet, so doch in 82 pCt. das Milzgewicht des sanguinolent-syphilitischen Kindes 0,5 pCt. des Körpergewichtes (gegen 0,2 pCt. beim gesunden Kind), das der Leber 4,5 pCt. (statt 2,3 pCt.) beträgt. — In 35 von 42 daraufhin untersuchten Fällen fand A. auch das Gewicht der syphilitischen Placenta vermehrt. — In Bezug auf das Verhalten der Mütter macerirter Früchte zur syphilitischen Infection wurden von 32 Müttern faultoter Früchte 24. d. h. 75 pCt., unzweifelhaft syphilitisch befunden. E. Heuß.

Therapie der Syphilis.

Le Pileur: **Intramusculäre Injectionen mit Oleum cinereum.** (Annal. de dermat. et de syphil. 1896, No. 2.)

V. teilt vor der „Soc. de derm. et de syph.“ seine Erfahrungen über die intramusculären Injectionen mit Oleum cinereum mit, die er seit 4½ Jahren an 600 mit 3500 Injectionen behandelten Kranken gesammelt hat. Die Schmerzhaftigkeit war meist gering, besonders im Vergleich zu Calomelinjectionen, doch traten zuweilen auch sehr starke Schmerzen auf (vielleicht in 7 pCt. der Fälle), ohne daß man einen besonderen Grund, eine Verletzung des Knochens oder eines Nerven, hätte annehmen können. Ein Absceß und ein bedeutender Bluterguß bildeten sich je einmal, dreimal trat eine starke Induration, eine fast phlegmonöse Infiltration auf. Es kann sich hierbei um tiefe Varicen gehandelt haben, die angestochen wurden. Beunruhigende dyspnoische Anfälle, die zweimal einer Injection folgten, schreibt Le Pileur nicht einer Embolie, sondern der Hysterie bezw. der Neurasthenie der betreffenden Personen zu. Stomatitis, meist leichteren Grades, trat in 3,5 pCt. der Fälle auf, also ein vorzügliches Resultat gegenüber der Pillenbehandlung mit 6 pCt. Stomatitiden. Selbst eine aus Versehen dreifach zu viel injicirte Menge bewirkte keinerlei Intoxicationserscheinungen, während andererseits die Injectionen mit Oleum cinereum nicht blos einen schnelleren Effect als die Pillenbehandlung hatten, sondern auch diesen Erfolg mit der halben Quecksilbermenge erreichten. Die Behandlung ist eine intermittirende und richtet sich nach den Symptomen. Beim Erscheinen derselben werden jedesmal 3—5 Spritzen in wöchentlichen Intervallen verabreicht in der Dosis von 3½ Tropfen. Barthélemy.

Hallopeau und Endlik machen auf die durch die schwierige Dosirung vorgekommenen Irrtümer aufmerksam, gegen die Le Pileur eine besondere Spritze construiren will, während Feulard mit der Herstellung eines brauchbaren Gemisches sich beschäftigt. Renault verweist auf die Spätstomatitis, die, durch das Quecksilberdepot bedingt, unangenehm überraschen kann. Dreyer.

Thibierge: **Der Wert der unlöslichen Quecksilberverbindungen.** (Soc. de Dermatologie etc. nach La Sem. méd. 1896, No. 7.)

Th. constatirt, daß, seitdem die großen, gefährlichen Dosen der unlöslichen Quecksilbersalze verlassen worden sind, und man gelernt hat, durch Asepsis die früher so häufigen Abscesse zu vermeiden, die unlöslichen Quecksilbersalze die löslichen verdrängt haben. Der Hauptvorteil der unlöslichen ist, daß ihre Anwendung weit seltener zu geschehen hat, also durchführbar ist, was bei den löslichen oft unmöglich. Ferner sind die unlöslichen Quecksilberinjectionen indicirt in allen Fällen schwerer Lues, wo ein Organ bedroht ist, bei Recidiven der Lues und in Fällen, wo die anderen Mercurialisationsmethoden erfolglos sind. Sie sind nützlich und ersetzen die Inunctionen bei Kranken, deren Digestionsorgane nicht gesund sind, ferner demgemäß bei Tuberculösen und Gonorrhoikern. Ihre Unschädlichkeit gestattet ihre Anwendung in allen Formen der Lues, nur müssen die Zähne und das Zahnfleisch in gutem Stande sein. Die unlöslichen Quecksilbermittel sind daher die beste Methode der Mercurialisation, sie wirken sicher, schnell und intensiv heilend. Am besten brauchbar ist das graue Oel. Hz.

Jullien: **Die Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen.** (Ann. de derm. et de syphil. 1896, No. 2.)

Vor der „Soc. de dermat. et de syphil." brach Jullien wieder eine Lanze für die subcutanen Calomelinjectionen. Znnächst hebt er die nachteiligen Wirkungen der Injectionen mit löslichen Salzen, besonders aber der internen Medicamente auf Magen und Leber hervor. Die Calomelinjectionen werden allerdings nicht von Jedermann vertragen, indem zuweilen nach einigen Tagen heftige Schmerzen auftraten, im Allgemeinen erregen sie keine bedeutenden Schmerzen. Eine schwere Stomatitis erlebte J. nur einmal, auch hier trat Heilung ein. Abscesse kommen heute so gut wie nicht mehr vor, Infiltrationen sind häufiger. Bei einer Section fand sich die Gelegenheit zur Untersuchung eines solchen Depots, in dem kein Quecksilber mehr vorgefunden wurde. Intoxicationen sollen bei Sorgfalt und Sachkenntnis nicht eintreten, sie werden durch Kopfschmerzen, Schwindel, Brustbeklemmung und Durchfall gekennzeichnet, und kann man mit Pilocarpin, nötigenfalls durch Excision des Calomeldepots dagegen vorgehen.

Man injiciert 5—10 ctg je nach dem Körpergewicht in einer Suspension mit Paraffinum liquidum, und zwar je nach dem Befinden des Kranken und den Fortschritten der Heilung in Zwischenräumen von 8 bis 14 bis 20 Tagen und länger. Auszuschliessen von der Behandlung sind Kranke mit Stomatitis,

Nephritis, Leberkrankheiten, Diabetiker und schwächliche Individuen. An einer grossen Reihe von Beispielen weist Jullien nach, dass die Calomelinjectionen an Schnelligkeit der Wirkung wie an Sicherheit und Dauer des Erfolges anderen Methoden überlegen sind. Sie sollten deshalb stets im Beginn der Erkrankung, bei aussergewöhnlich hartnäckigen Fällen, sowie bei Beteiligung des Centralnervensystems, der Augen und des Kehlkopfes am syphilitischen Processe und vor der Verheiratung gebraucht werden. Auch Dyspeptiker und Ekzematöse gehören in den Kreis Derer, für welche diese Therapie indicirt ist.

Während Renault auf die Gefahr der Stomatitis aufmerksam macht und Abadie kleinere Dosen in kleineren Zwischenräumen (2 ctg alle zwei Tage) vorzieht, schliesst sich Feulard der Calomeltherapie voll und ganz an, und Gaston bringt eine Statistik Fournier's von 245 Injectionen mit recht günstigen Resultaten. Hier hatte ein bald nach der Injection genommenes Bad die Schmerzen meist verhindert oder wenigstens sehr vermindert. Dreyer.

Ch. Abadie: **Die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen.** (Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

Abadie bricht vor der „Soc. de derm. et de syph." noch einmal eine Lanze für die Behandlung der Lues mit löslichen Quecksilbersalzen, ohne wesentlich Neues zu sagen. Es injicirt jeden zweiten Tag zuerst $^1/_2$, dann 1 Spritze folgender Lösung:

Hydrargyr. cyan.
Cocain. mur. . . . . āā 0,5,
Aqu. dest. . . . . 50,0.

Die Lösung trübt sich nicht, wie Sublimat bei Cocainansatz.

Abadie empfiehlt auch den Beginn der Behandlung sofort nach Auftreten des Primäraffectes. Dreyer.

Prof. A. Scarenzio: **Die Behandlung der Syphilis mit Calomel-Injectionen.** (Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

Auch Scarenzio betont vor der „Soc. de derm. et de syph." die guten Erfolge der intramusculären Calomelinjectionen, ohne andere Behandlungsmethoden im gegebenen Falle zu vernachlässigen. Die Nachteile dieser Therapie sind wesentlich verringert, seit Smirnoff (1883) als Injectionsstelle die Regio retrotrochanterica angab und Balzer (1887) als Suspensionsmittel das Paraffinum liquidum verwandte. Dreyer.

Rey und L. Jullien: **Die Behandlung der Syphilis im städtischen Krankenhause zu Algier im Jahre 1895.** (Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

Rey und Jullien berichten der „Soc. franç. de derm. et de syph." über 61 behandelte syphilitische Frauen, die 170 intramusculäre Injectionen mit Hydr. oxyd. flav. und 79 Injectionen mit Calomel erhalten hatten. Nur eine leichte Stomatitis und ein Abscess werden verzeichnet. Infiltrationen kamen

bei Calomelinjectionen häufig vor, indess ist letzteres Medicament an Wirksamkeit dem Hydr. oxyd. flav. derartig überlegen, dass es zuletzt nur allein gebraucht wurde, und zwar in wöchentlichen Injectionen von 5 bis 7 cg.

Dreyer.

E. de Lavarenne: **Die Behandlung der Syphilis mit Oleum hydrarg. bijod.** (Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

De Lavarenne berichtet der „Soc. franç. de derm. et de syph." über 76 Syphilitiker, die mit 1325 Injectionen von Ol. hydr. bijod. behandelt sind.

Die Herstellung einer haltbaren Lösung geschieht auf folgende Weise: Bestes Olivenöl läßt man 4 Tage lang mit 90proc. Alkohol stehen, indem man nur mehrmals täglich tüchtig durchschüttelt, wobei etwaige freie Oelsäure entfernt wird. Nach vorsichtigem Abgießen des Alkohols erhitzt man das Oel bis zu 110°, um alsdann auf 70° abkühlen zu lassen. Bei dieser Temperatur fügt man die nötige Menge (4 mgr auf den ccm Oel) Hydrargyr. bijod. hinzu. Nach einer halben Stunde, während der die Temperatur gleichmäßig auf 70° gehalten werden muß, ist das Salz gelöst. Nun kann man filtriren, und durch Einfüllen in aseptische Flaschen erhält man eine haltbare Lösung, von der jeder ccm 0,004 g Hydr. bij. enthält.

Die Injectionen macht L., während der Patient auf dem Bauch liegt, langsam in die Nates mit nachfolgender Massage.

Die Kranken, welche übrigens zugleich Schwefelbäder nahmen, haben niemals Stomatitis, niemals einen Abscess erworben. Auch die Infiltrationen und Schmerzen waren meist unbedeutend, ganz zu vermeiden waren sie besonders bei Fettleibigen nicht.

Die Heilungsresultate waren außerordentlich gute, selbst Fälle von dauernd gebesserter Tabes führt L. in seiner ausführlichen Casuistik auf. Ein Ueberblick über die Resultate, Recidive u. s. w. fehlt. Die Injectionen werden in Serien von ca. 4 Tagen mit je einem Tage Zwischenzeit zwischen zwei Serien gemacht. Die Dauer der Behandlung richtete sich nach dem Verlauf.

Dreyer.

H. Hallopeau: **Der Wert subcutaner Quecksilberinjectionen bei der Behandlung der Syphilis.** (Ann. de dermat. et de syph., Mars 1896.)

Unter dem Eindrucke der großen Debatten vor der „Soc. franç. de derm. et de syph." über die Behandlung der Lues mit löslichen und unlöslichen Quecksilberpräparaten faßt Hallopeau seine Anschauungen ebendort dahin zusammen, daß er die Injection löslicher Salze wegen ihrer Schmerzhaftigkeit und der mit dem Zusatz von Cocain verbundenen Gefahren gänzlich verwirft.

Das Ol. cinereum will er wegen seiner schwierigen Dosirbarkeit nur im Krankenhause anwenden, obschon er zugiebt, daß kleine Dosen ungefährlich sind. Die schmerzhaften Calomelinjectionen, die auch bei strengster Asepsis Abscesse im Gefolge haben können, sollen für besonders schwere Fälle, in denen andere Medicamente fehlgeschlagen sind, reservirt bleiben.

In diesen Fällen sind ihnen Innunctionen mit Ung. cin., die oberhalb der Pubes gemacht werden, gleich an Wirksamkeit. Die Knoten, welche bei unlöslichen Salzen häufig auftreten, veranlassen später zuweilen, wie H. beobachtet hat, an ihrem Sitze luetische Manifestationen. Dreyer.

Barthélemy: **Die Behandlung der Syphilis mit Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze, besonders mit Calomel.** (Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

B. erklärt vor der „Soc. franç. de derm. et de syph.", daß er als gewöhnliche Behandlungsmethode der Lues die Pillen- oder Innunctionskuren betrachtet, daß er aber gerade für gewisse schwere, rebellische und hartnäckige Fälle das Calomel bevorzugt, das er für besonders wirksam hält. Er hat auch versucht, bei zwei Fällen gleich nach Erscheinen des Schankers durch Calomelinjectionen die Lues zu behandeln. Indeß vermochte er die secundären Symptome nicht zu verhindern. Der Verlauf war in beiden Fällen ein benigner, nach einigen Monaten war durch Fortsetzung der Calomeltherapie völlige Heilung erzielt, ohne daß in den seitdem verflossenen vier bis fünf Jahren neue Erscheinungen auftraten. Herz-, Nieren- und Leberkrankheiten betrachtet B. im Allgemeinen als Contraindicationen.

Im Beginn nimmt B. nur $^1/_2$ Spritze oder noch weniger, um die individuelle Fähigkeit, das Mittel zu vertragen, zu erproben. Er macht im Ganzen 6 bis 8 wöchentliche Injectionen von 0,05 g Calomel. Dann folgt ein Intervall von ein bis zwei Monaten ohne Behandlung. Treten nur noch leichte und seltene Recidive auf, so behandelt man diese mit Pillen.

Die Calomelinjectionen werden meist gut vertragen, sodaß die Patienten selbst sie der Pillenbehandlung wie den Innunctionen häufig vorzogen, die sie vorher durchgemacht hatten.

B. schließt: „Kurz, dies Verfahren hat Erfolg, hat bessere Erfolge als andere Verfahren; für jeden Arzt kommt die Stunde, in der er sich desselben bedienen muß." Dreyer.

Galezowski: **Bemerkungen zur Discussion über die Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze bei Syphilis.** (Ann. de derm. et de syph., Mars 1896.)

G. betrachtet in seinem Vortrag in der „Soc. franç. de derm. et de syph." auch bei Augenerkrankungen luetischer Natur die Innunctionskur als die Normalmethode. Er lässt zwei Jahre lang täglich 2 g Ung. ciner. einreiben Indessen lässt er für gewisse Erkrankungen die Superiorität der Calomelinjectionen gelten:

1) Bei Iritis gummosa mit Synechien und Exsudationen in die vordere Kammer.

2) Bei Scleralgummata.

3) Bei Neuritis optica in Folge von gummösen Tumoren.
4) Bei Atrophia nervi optici auf syphilitischer Basis.
5) Bei Muskellähmungen.
6) Bei periostitischen Wucherungen der Orbita.

Die intravenösen Injectionen löslicher Salze hält er nach seiner Erfahrung entgegen Abadie für gefährlich und nutzlos.

In der nun folgenden Discussion schliesst sich Verchère ganz der Ansicht Fournier's an.

Gaston macht darauf aufmerksam, dass man am besten eine lange Canüle bei den Injectionen verwendet, um nicht in Fettgewebe zu injiciren, wo am eichtesten Abscesse entstehen können.

Aus den Bemerkungen der übrigen Redner ergeben sich neue Gesichtspunkte nicht.

Bosnier schliesst die Discussion und sagt:

„Die Frage der Injectionen ist noch nicht reif genug, dass wir sie schon codificiren könnten. Aber der Boden ist nunmehr geebnet, und ich bin überzeugt, dass wir eine nützliche Arbeit vollbracht haben.“ Dreyer.

Oro: **Dermatitis mercurialis maligna mit letalem Ausgange.** (Ital. Ges. f. Dermat. u. Syph. — Wiener med. Presse 1896.)

Die histologische Untersuchung des Falles ergab tiefgehende Dermatitis und periphere Neuritis. K.

Tschistjakow: **Bedeutung der Mineralwässer zu Staraja Russa für die Behandlung der Syphilitiker.** — (Westnik obschtschestwennoj gigieny, praktitscheskoj i ssudebnoj mediciny. — St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1896.)

Verfasser gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen über den therapeutischen Wert der Mineralwässer zu Staraja Russa:

1) Einen directen therapeutischen Einfluß auf den Allgemeinverlauf des syphilitischen Processes haben dieselben nicht;

2) sie bewirken aber die Resorption der durch die Syphilis hervorgerufenen festen Ablagerungen;

3) die Mineralwässer sind daher hauptsächlich als ein Hilfsmittel bei der Behandlung der Syphilis anzusehen. Indem sie auf die Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus wirken, steigern sie den Erfolg der specifischen Behandlung und machen durch Besserung der Complicationen der Syphilis letztere weniger intensiv und bösartig;

4) eine besonders wohlthätige Wirkung haben die Mineralwässer auf Kinder syphilitischer Eltern; gleichzeitig mit den specifischen Mitteln angewandt, befördern sie die normale Entwicklung des kindlichen Organismus und verhindern die Bildung stationärer Veränderungen in demselben.

Li.



Bubonen und Ulcus molle.

Dr. Alfred Lanz, Privatdocent in Moskau: **Zur Therapie des Ulcus molle.** (Deutsche med. Woch. 1896, No. 17.)

Neisser hatte beobachtet, daß Ulcera mollia, die sonst nicht zum Heilen gebracht werden konnten und die das Bild eines serpiginösen Syphilids annahmen, unter Jodkaligebrauch prompt heilten, wodurch nach N. die Diagnose eines tertiären Syphilids sichergestellt sein sollte. Lanz hat nun eine Reihe von Fällen beobachtet, bei denen die Diagnose der Ulcera mollia durchaus sichergestellt war, bei denen durch die Anwendung von verschiedenen örtlichen Mitteln kein Erfolg erzielt werden konnte, dagegen durch Anwendung von Jodkali eine rasche Heilung erzielt wurde. In einigen von diesen Fällen hatten die Patienten nie an Syphilis gelitten. Die prompte Wirkung des Jodkali bei Ulcus molle betrifft nicht nur diejenigen Fälle, wo im weiteren Verlaufe sich aus dem weichen Geschwür ein serpiginöses tertiäres entwickelt, sondern auch diejenigen, wo die Geschwüre fortfahren, die Merkmale von Ulcus molle zu bewahren. Ob diese günstige Wirkung auf alle Fälle von Ulcus molle oder nur auf gewisse näher zu bestimmende Formen zu beziehen ist, muß eine weitere Beobachtung lehren. Bock.

V. Penis und Praeputium.

Woodward: **Operation einer Phimose, die mit Gonorrhoe complicirt ist, ohne die Wunde zu inficiren.** (The New-York med. Journ., 23. Febr. 1895.)

Der Contact des gonorrhoischen Eiters mit Personen, die eine Phimose haben, führt Balanitis, Ulcerationen und Oedem herbei, die die Säuberung erschweren und die Evacuation des Eiters hemmen. Andererseits ist die blutende Wunde der beständigen Infectionsgefahr ausgesetzt. Dies verhindert folgende Operationsmethode: Nach Injection von Cocainlösung subcutan auf der medianen Linie des Penisrückens zieht man das Präputium kräftig nach hinten, bis der Rand des Präputiums sich ein Viertel bis die Hälfte einer Daumenbreite hinter dem Sulcus coronarius befindet. Dann macht man auf der Dorsalfläche eine kleine Incision, führt durch diese einen cannelirten Katheter, soweit, bis sein Schnabel die Stelle der Constriction überragt. Längs des Katheters schneidet man mit einem Tenotom bis zu der Stelle, wo der Katheter unter der engen Stelle eingezwängt ist. Dann dreht man das Messer um, so dass die Schneide auf den Penisrücken sieht und schneidet die Stelle durch. Der Schnitt muss subcutan bleiben, der Schluss der Wunde erfolgt mit Collodium. Hz.

Tomès: **Die Circumcision vom prophylaktischen und therapeutischen Standpunkt aus.** (Giorn. Ital. d. mal. vener., Sept. 1895.)

T. empfiehlt unter Citation zahlreicher Autoren die Circumcision als Prophylacticum. Es ist nach T. dieselbe von ausgezeichneter Wirkung gegen venerische Affectionen, besonders, gegen den Pruritus, die Irritation und Entzündung der Vorhaut in Folge der Stagnation des Smegma im Präputialsack. Er empfielt die moderne Operationsmethode, wie sie bei der Phimose in Anwendung kommt. Hz.

Weisblatt: **Ein Fall von Fractura penis.** (Medycyna 1896, No. 4 [polnisch]).

Der 27jährige Patient erzählte auf Befragen, er habe Nachts in schlaftrunkenem Zustande den äußerst gespannten Penis mit beiden Händen aus ihm selbst unerklärlichem Grunde nach unten biegen wollen und dabei deutlich vernommen, als ob im Penis etwas geplatzt wäre; durch den heftigen Schmerz sei er dann wach geworden. Die Spannung im Gliede sei bald darauf verschwunden, auch haben die Schmerzen nach Abwaschung des Gliedes mit kaltem Wasser nachgelassen. Des Morgens habe er eine enorme Anschwellung und eigentümliche Verfärbung des Penis bemerkt und sei deswegen nach der Klinik geeilt.

Die Untersuchung des gut gebauten und vorzüglich genährten Patienten ergab, abgesehen von den Veränderungen am Penis, einen vollständig negativen Befund. Das Glied war 10.4 cm lang und 12,2 cm dick; seine Haut war mit Ausnahme der an der Eichel mäßig geschwollen und von dunkelvioletter Farbe. Am oberen Teil des Penis, links, fand sich eine wenn auch unbedeutende, aber ziemlich schmerzhafte Verdickung, an deren Stelle Verf. eine Zerreißung des Corp. cavernos. vermutete. Die Therapie bestand in Bettruhe und kalten Umschlägen mit Aqua Goulardi. In einigen Tagen besserten sich die örtlichen Erscheinungen derart, daß der Patient vollständig beruhigt seine gewöhnliche Beschäftigung wieder aufnahm. Nach 14 Tagen erhielt die Haut ihre normale Farbe wieder, die Verdickung blieb jedoch fast unverändert. Nach sechs Wochen vermochte der Patient ohne jegliche Beschwerden den Coitus auszuführen, trotzdem an der oben bezeichneten Stelle sich noch eine erbsengroße Verdickung befand. Letztere war noch nach zwei Monaten da, ohne jedoch vom Patienten in irgend welcher Weise empfunden zu werden. Lubowski.

VI. Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Jadassohn und Dreysel: **Urologische Beiträge.** (Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 34, Heft 3.)

1) Dreysel: Ueber die Capacität der Urethra anterior.

Um die Capacität der Urethra anterior zu prüfen, auf deren größeren Rauminhalt zuletzt Guiard hingewiesen hat, maß D. den Rauminhalt folgendermaßen: Es wurde die Flüssigkeitsmenge festgestellt an 50 Gesunden, welche 1) bei Irrigation der Harnröhre in 80, 130, 200 cm über dem Orific. externum (nach Janet), 2) bei Injection mit einer 30 ccm enthaltenden Spritze aus der Harnröhre ausfloß, nachdem im ersten Falle Irrigator zum Stehen gekommen, im zweiten Widerstand um Stempel bemerkbar war. Es ergab sich eine Capacität von 7,8 ccm (bei 80 Druck), 10,65 (bei 130), 12,9 (bei 200), 11,80 (bei Spritze). In letzterem Falle schließt wahrscheinlich der Compressor energischer. — Für die Therapie ergiebt sich: 1) Spritzen von 5—6—10 ccm reichen zu einer maximalen Ausdehnung der Urethra bei Berücksichtigung der normalen Widerstandsfähigkeit des Compressor nicht aus. 2) Mit einem Irrigator in 100 cm Höhe erreicht man eine geringere Ausdehnung der Urethra ant. als mit Einspritzungen mit großer Spritze. 3) Die maximale Dehnung wird erreicht durch Irrigationen von 200 cm Druck.

2) Dreysel: Ueber die Capacität der Urethra posterior.

Die im Gegensatz zu Guyon, Guiard, Antal u. A. von Cohn, im Anschluß an Posner und Goldenberg aufgestellte These, daß die Pars posterior eine Capacität von 2—3 ccm besitze, wird zu Gunsten der früheren, ihr jede Capacität bestreitenden Ansicht auf Grund einer Nachprüfung der Cohn'schen Versuche zurückgewiesen. Cohn hatte gefunden, daß wenn man einen Guyon'schen Katheter mit der Ausflußöffnung an den Anfangsteil der Pars posterior, einen zweiten in die Blase bringt, man 2—3 ccm Methylenblaulösung durch den ersteren injiciren müsse, bis der Urin aus der letzteren blaugefärbt ausfließe: somit beträgt die Capacität der Urethra post. 2—3 ccm. — Letzterer Schluß ist jedoch nicht zulässig, da Blaufärbung des Urins (wenn auch vorübergehend) eintritt, wenn 1 ccm Lösung durch den ersten Katheter injicirt waren. Wenn man dagegen auch nur einen Tropfen Methylenblau in den Anfangsteil der Pars posterior brachte, so war die erste Portion dunkelblau, die zweite hellblau, die dritte ganz dunkel gefärbt. — Eine eigentliche Capacität der Urethra posterior giebt es also nicht.

3) Dreysel: Zur Trichterbildung in der Urethra posterior.

Nach Finger ist die Harnröhre bei voller Blase in Folge von Einbeziehung des hinteren Harnröhrenabschnittes in die Blase um 2—3 cm kürzer als bei leerer Blase. In 30 Fällen konnte nun D. in der Regel diese

Verkürzung nicht oder nur in unbedeutendem Maße constatiren, wenn er die Blase ad maximum füllte. — Wurde ein Katheter so fixirt, daß sich durch ihn die gefüllte Blase gerade noch entleerte, so konnte er meist liegen gelassen werden bis zu vollständiger Entleerung; nur selten brauchte er bei zunehmender Entleerung weiter nach hinten geschoben werden, und zwar fast stets nur $^{1}/_{2}$—1 cm. Endlich wurden noch 2 Guyonkatheter gleichzeitig eingeführt, No. 1 in die Blase, No. 2 soweit, daß es gerade noch tröpfelte. Füllte man nun die Blase durch No. 1 an, so konnte man gleichwohl nicht No. 2 weiter herausschieben, ohne gleichzeitig das Aufhören des Tröpfelns von No. 2 erleben zu müssen. Auch hier fand also keine Trichterbildung statt. Verkürzung fand statt in 9 unter 30 Fällen um $^{1}/_{2}$—$1^{1}/_{2}$ cm.

4) Jadassohn: Bacterien-Membranen in der Harnröhre.

In drei Fällen (gesunder Mann; Pat., der an einer in Folge einer chronischen Gonorrhoe bestehenden Reizung litt. chron. Urethritis totalis, Cystitis) fand J. im Harn plättchenartige Gebilde, die nicht Epithelialabstoßungen, sondern Kokkenculturen und vereinzelt Rundzellen waren. Der Befund war stets vorübergehend und ging leicht fort. Eine besondere Bedeutung schreibt ihnen J. nicht zu.

5) Jadassohn: Die Reaction im Lumen der Harnröhre.

Die Reaction der Harnröhre ist, wie J. sich durch Abstreichen mit Lackmuspapier überzeugen konnte, alkalisch. Dies wird auch nicht durch Ueberströmen von saurem Urin geändert.

F. Schlagenhaufer: **Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereiche der Pars prostatica urethrae (trichterförmiger Klappenverschluss).** (Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 15.)

Kaufmann[1]) und Englisch[2]) teilen die congenitalen Stricturen der Urethra in die zwei Unterabteilungen der cylindrischen und der klappenförmigen Stricturen ein. Letztere werden wieder je nach ihrem Standorte in Klappen an der äußeren Harnröhrenmündung, am hinteren Ende der Fossa navicularis, im Anfangsteile der Pars cavernosa und am Uebergang der Pars nuda in die Pars prostatica unterschieden (Englisch), oder in Klappen der Fossa navicularis und in Klappen im Bereiche der Pars prostatica urethrae (Kaufmann).

Die weitaus selteneren Fälle sind jene, in denen es sich um Klappenverschlüsse im hinteren Anteile der Harnröhre handelt, und Tolmatschew[3]) vermag nur drei Fälle aus der Litteratur zusammenzustellen (Bud, Bednař, Godart), denen er seinen eigenen Fall anreiht. Er schlägt vor, diese klappenförmigen Gebilde wegen ihrer Aehnlichkeit mit den Venenklappen Semilunarklappen in der Pars prostatica urethrae zu nennen.

---

[1]) Kaufmann, Deutsche Chirurgie.

[2]) Englisch, Zuelzer-Oberlaender's Handbuch.

[3]) Tolmatschew, Virchow's Archiv, Bd. 49.

Bednař[4]) spricht in seinem Falle auch ausdrücklich von zwei halbmondförmigen, gegen die Harnblase hin concaven Klappen.

In dem Falle des Verf. handelt es sich um eine Verengerung der Harnröhre, die durch eine trichterförmige Faltenklappe zu Stande gekommen war, welche sich am besten vergleichen läßt mit dem Bilde bei den angeborenen Aortenstenosen, wo die drei Klappen der Aorta mit ihren freien Rändern zusammenwachsen und nur in der Spitze dieses Klappentrichters eine kleine Oeffnung durchgängig bleibt. S. möchte daher diese Art von Klappenverschluß als Klappentrichterverschluß im Bereiche der Pars prostatica urethrae bezeichnet wissen.

Es handelt sich um ein Kind, das nur 20 Minuten post partum gelebt hatte; der Tod erfolgte unter zunehmender Cyanose.

Die Section ergab eine völlige Abelectase beider Lungen und eine geringe Hypertrophie des ganzen Herzens.

Der uropoëtische Apparat zeigte folgende Veränderungen: Beide Nieren sind vergrößert, ihre Becken und Kelche erweitert und mit klarer Flüssigkeit erfüllt; die Pyramiden sind atrophirt und das resistirende Nierengewebe von Cysten wechselnder Größe durchsetzt. Beide Ureteren sind verlängert, stark geschlängelt, ihr Lumen mäßig erweitert. Die prall gefüllte Harnblase reicht bis an den Nabel herauf. Der obliterirte Ductus omphalo-mesentericus besitzt eine stark verdickte Wand; ihr Durchmesser beträgt 3 mm. Die mit einer hellen, klaren Flüssigkeit gefüllte Blase mißt vom Scheitel bis zum Blasenhals 4,3 cm, ihr größter Durchmesser von rechts nach links und von vorn nach rückwärts hält 3,3 cm, die Ureterenmündungsdistanz beträgt 1 cm, die Mündung der Harnleiter erscheint stark klaffend. Die Blasenwand ist durchschnittlich 4 mm stark, nur an der Einmündungsstelle des Urachus ist dieselbe wesentlich dünner und auch leicht ausgebuchtet. Die Verdickung betrifft in Sonderheit die Muskelschicht der Blase, die in netzartig durchflochtenen Balken in das etwas erweiterte Lumen vorspringt. Das Trigonum Lieutandii ist verstrichen; das Orificium vesicae klafft als eine 4 mm im Durchmesser haltende Oeffnung. Der sich nun anschließende prostatische Teil der Urethra steht in freier Communication mit der Harnblase; seine Wand ist ebenfalls bis auf 4 mm im Durchmesser verdickt, die untere Wand mit dem plumpen Schnepfenkopf in der Mitte ist nach unten zu leicht concav ausgebuchtet.

Dort, wo sonst normaler Weise der Samenhügel in zwei längsverlaufenden Falten auseinander strebt, die ein leichtes Grübchen zwischen sich einschließen, sieht man die ungemein feine Oeffnung der Urethra, die hier auf der Spitze eines Faltenkegels zu liegen kommt, dessen breite Basis in tiefe Recessus der Harnröhrenschleimhaut ausläuft.

Anfangs gelang es nicht, die Urethra von rückwärts her (von der Harnblase aus) mit einer feinen Sonde zu sondiren; stets verfing sich die Sonde n dem erwähnten Faltentrichter. Von vorn hingegen konnte man auch

[4]) Bednař, Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte, 1896.

eine relativ dicke Sonde ungehindert und leicht in die Pars prostatica urethrae einführen.

Es bestand also am Uebergange der Pars prostatica in die Pars membranacea eine trichterförmige Verengerung der Harnröhre, die für den Harnabfluß ein bedeutendes Hindernis abgegeben haben mußte. Der Mechanismus dieser Verengerung ist wohl so aufzufassen, daß nur ein zeitweiliger Verschluß dadurch zu Stande gekommen ist, daß aber periodisch wieder Urin abfließen konnte. S. stellt sich den Vorgang folgendermaßen vor:

Zu Beginn mußten die sich aneinanderlegenden Schleimhautfalten die feine Oeffnung völlig verlegt haben. Hierdurch staute sich der producirte Harn. Diese Phase fiel wahrscheinlich in eine frühzeitige fötale Periode, da die dicke Wand des Urachus auf eine Mitbeteiligung desselben schließen läßt. Die Blasenmusculatur und die Muskeln der Pars prostatica, sowie des hinter der Klappe gelegenen Anteiles der Pars membranacea bemühten sich, das Hindernis zu überwinden. Das Orificium vesicae mußte verstreichen und wurde die Pars prostatica urethrae gewissermaßen in die Harnblase miteinbezogen. Die Wand der Harnblase, sowie des prostatischen Teiles der Harnröhre hypertrophirte, und das Lumen wurde durch den sich stauenden Urin erweitert.

Infolge der zunehmenden Dilatation des letztgenannten Abschnittes, besonders wenn durch den hohen Druck die untere Wand mit dem Colliculus seminalis nach abwärts gedrängt wurde, dürften sich die zusammengelegten Klappenwände zeitweise geöffnet haben, wodurch eine periodische Entleerung des Harns ermöglicht wurde. Für diese Art der periodischen Stauung und zeitweiligen Harnentleerung spricht die bestehende Hypertrophie der Blase, die die Dilatation weitaus überwiegt, da ja bei bestehender Atresie der Urethra die Blase vorzugsweise dilatirt, weniger hypertrophisch wird; weiters die verhältnismäßig geringe Erweiterung der Ureteren und des Nierenbeckens.

Was die Entstehung dieses Klappentrichters anlangt, so müssen wir wohl eine abnorm starke Entwickelung der auch normaler Weise hier vorkommenden Falten annehmen, die dann durch den angestauten Urin und die treibende Kraft der Harnblase zu dem bestehenden Trichter umgewandelt wurden. Intra vitam müßte an einen derartigen Klappentrichterverschluß dann gedacht werden, wenn Zeichen einer periodischen Harnretention vorhanden wären, der eingeführte Katheter jedoch anstandslos und ohne auf einen Widerstand zu stoßen, bis in die Blase eingeführt werden könnte.

K.

Prof. Dr. Rob. F. Weir (New-York): **On the treatment of rupture of the urethra by immediate suture bladder drainage.** (Med. Rec. 9. Mai 1896).

In dem ersten Falle handelte es sich um einen 23jährigen Mann, der beim Abspringen von einem Zug mit Hoden und Damm auf eine Schiene aufschlug. Starker Schmerz. Schwellung des Hodensackes. Vier bis fünf

Mal am Tage konnte er etwas blutigen Urin entleeren. Nach 2 Tagen Tenesmus vesicae: Blase stark gefüllt, reicht bis in's Hypogastrium. Nach 3 Tagen versagte die willkürliche Harnentleerung. Pat. kam in's Hospital. Nach Application eines sehr dünnen Bougies erst gelang es, 35 Unzen dunkeln blutigen Urins zu entleeren: er war alkalisch faulig, specifisches Gewicht 1022.

Am nächsten Tage wurde nach einem vergeblichen Versuch, zu bougiren das Perineum median $3^1/_2$ Zoll längs gespalten, die Harnröhre freigelegt. Die Portio bulbosa fand sich $^3/_4$ Zoll weit zerrissen. Dann wurde nach vorsichtiger Reinigung die obere Wand des Kanals vereinigt, eine Stahlsonde in die Blase eingeführt und Seiten und Boden der Harnröhre durch Nähte vereinigt, derart, daß die Suturen durch sämtliche Schichten der Harnröhre gelegt wurden. Da, wo die Sonde oberhalb der Symphyse gegen die Bauchwand stieß, wurde eine kleine Incision gemacht und ein weicher Spülkatheter in die Blase eingeführt. Die Perinealwunde wurde alsdann durch Nähte geschlossen um der Harnröhre einen Halt zu geben, nur ein Wundwinkel wurde zur Vorsicht freigelassen, um Drainage zu gestatten und mit Jodoformgaze bedeckt. Die bequeme Drainage der Blase wurde durch einen Aspirationsapparat erzielt, so daß kein Tropfen Urin die Harnröhre passirte. 16 Tage nach der Operation wurden die letzten Nähte entfernt, desgleichen die Drainröhre und eine kräftige Sonde bequem eingeführt. An jedem 2. Tage wurden stärkere Nummern genommen. Schließlich lehrte man Pat., sich selbst zu bougiren. 6 Wochen nach dem Unfall verließ er das Hospital: beide Wunden waren geheilt. Harnentleerung normal.

In einem anderen Falle glitt ein 43jähriger Mann derart aus, daß er mit ziemlicher Gewalt mit dem Damm gegen einen scharfen Rand einer eisernen Maschine flog. Da der Schmerz nicht groß war, arbeitete er noch einige Stunden, konnte aber keinen Urin mehr lassen. Katheterisiren war erfolglos. Die Blase war prall gefüllt, Hodensack blau und geschwollen. Durch Aspiration der Blase wurden 28 Unzen Bluturin entleert.

Nach 13 Stunden wurde das Perineum median gespalten. Die Harnröhre war quer zerrissen, und zwar innerhalb der Pars bulbosa dicht vor dem Ligamentum triangulare: die Lücke betrug fast einen Zoll. Gleichzeitig fand sich in der vorderen Harnröhre eine starke, bis fast zur Wunde reichende Strictur. Diese wurde ebenfalls gespalten, so daß eine mittlere Sonde eingeführt werden konnte und darüber nun die zerrissene Harnröhre zusammengenäht wurde. Die Naht war schwierig, da die Ränder leicht ausrissen. Nur der obere Teil und die Seiten des Kanals konnten gut vereinigt werden. Der Boden mußte offen bleiben: durch die Lücke wurde ein Katheter zum Verweilen eingeführt. Der Katheter wurde nach 10 Tagen entfernt, am 12. Tage mit dem Bougiren begonnen und so die Erweiterung der Harnröhre langsam und leicht erzielt. Auf Wunsch wurde Pat. nach einem Monat entlassen, Urethrotomia interna hatte er verweigert. Die Dammwunde war zwar nicht völlig geheilt, aber es drang kaum noch eine Wenigkeit Harn heraus.

Seine Beobachtung faßt W. dahin zusammen: 1) Bei Verletzungen des Dammes mit Behinderung der Harnentleerung und Bluthamen, mit oder ohne Schwellung des Scrotum, muß das Perineum breit gespalten und die Harnröhre freigelegt werden. 2) Ist der Harnröhrencanal verletzt, so muß die Lücke durch Seiden- oder Katgutfäden vereinigt werden. 3) Drainage der Blase ist erforderlich, entweder vermittelst Katheter per urethram oder durch Sectio alta. Mode.

Moniet: **Ruptur der Harnröhre bei einem Radfahrer.** (Gazette des hopitaux. — Wratsch 1896, No. 17.)

Der 25jährige Patient stürzte beim Radfahren, wobei er mit dem Damm an die Vorderkante des Sattels anschlug. Der Schmerz an der verletzten Stelle der Urethra war Anfangs so unbedeutend, daß der Patient seine Fahrt fortsetzen und sogar am Abend desselben Tages eine neue Tour mitmachen konnte. Nur beim Harnlassen, welches tropfenweise geschah, verspürte der Patient heftige Schmerzen. Verf. sah den Patienten erst zwei Tage nach dem Vorfall und fand an der Mittellinie des Dammes eine nußgroße, weiche, empfindliche Geschwulst, deren bedeckende Haut blutunterlaufen war. Keine Durchtränkung der Gewebe mit Urin, kein Fieber. Die Einführung des Katheters in die Harnblase erwies sich als unmöglich, jeder Versuch hatte eine stärkere Blutung zur Folge. In Folge dessen Operation: Verf. öffnete mittelst Längsschnitts die Geschwulst, führte durch die Oeffnung der Urethra einen Katheter und suchte denselben nach der Blase vorzuschieben; letzteres mißlang, und so begnügte sich Verf. damit, daß er die Blutung stillte, einen T-förmigen Verband anlegte und den Patienten zu Bette liegen ließ. Während der ersten 24 Stunden nach der Operation urinirte der Patient durch die Wunde in den Verband, dann wurde durch die erstere ein Katheter in die Blase eingeführt. Die Heilung der Urethralwunde mußte, da der Versuch, dieselbe durch Naht zu vereinigen, mißlang, der Granulationsbildung überlassen werden. Nach einiger Zeit konnte der Patient als vollständig geheilt entlassen werden. Lubowski.

Routier: **Die Urethrocele des Weibes.** (Leçon, Médec. mod., 15. Januar 1895 nach Ann. d. mal. des Organ. génito-urinaires, Febr. 1896.)

Die Krankheiten des Lumens der Harnröhre sind bei dem Weibe sehr selten. Man beobachtet in der Harnröhre flüssige und feste Tumoren, von den ersteren führt R. zwei Fälle an. Der erstere betraf eine Frau von 39 Jahren wegen eines Tumors, der an der oberen Vaginalwand seit 25 Jahren etwa existirte. Dieser Tumor hatte die Eigentümlichkeit, einmal sehr deutlich palpabel zu sein, ein andermal verschwand er spurlos. Diese Intermittenz des Auftretens der Geschwulst hatte sich von Beginn der Pubertät an gezeigt. Seit zwei Jahren waren wirkliche Schmerzen vorhanden, so oft der Tumor sich

wieder bildete. Dann verschwand er und zugleich erschien eine schmutzige und stark stinkende Flüssigkeit an der Harnröhrenöffnung. Die Untersuchung ergab einen Tumor, der sich in der Dicke der vorderen Vaginalwand localisirte, der Druck auf den Tumor entleerte serös-eitrige, stinkende Flüssigkeit. Die operative Behandlung bestand darin, daß R. einen cannellirten Katheter in die Harnröhre einführte, diesen gegen die Scheidenwand andrückte und auf diesem eine Incision machte. Er mußte durch die Schleimhaut und dickes Bindegewebe der Scheide hindurch, um in die Tasche zu gelangen. Diese selbst hatte die Dimension einer großen Nuß. Die Oeffnung der Tasche zur Urethra hin ließ ein Bougie No. 18 durchgehen. Da die Abtragung des Sackes unmöglich war, machte R. eine energische Curettage des Sackes und cauterisirte mit Chlorzink. Die Heilung war danach complet. Der zweite Fall R.'s betraf eine Frau, die ihn wegen Bauchschmerzen consultirte. Die Exstirpation der Tasche, die im ersten Fall nur unvollkommen geschah, wurde in diesem Falle durchgeführt. Auf dem in die Harnröhre eingeführten und in den Sack geratenen cannellirten Katheter wurde die Incision gemacht, die zuerst die Schleimhaut, dann die Submucosa der Scheide durchdrang. Die nun erreichte Tasche wurde excidirt, mit Chlorzink touchirt und die Höhle geschlossen. Die Heilung erfolgte vollständig. Die Ursachen der Urethrocele sind nicht festgestellt, es soll nach Tait eine congenitale Affection sein, nach Priestley sind es Cysten der Vagina, die sich in die Urethra geöffnet haben. Duplay's Theorie geht dahin, die Formation dieser Säcke durch Quetschung der unteren Harnröhrenwand bei der Geburt anzunehmen. Nach anderen Autoren sollen Steine, Verengerungen, glanduläre Abscesse als Residuen der Gonorrhoe etc. die Ursachen der Urethrocele sein. Die Fälle R.'s geben hinsichtlich der Aetiologie in jeder Hinsicht ein negatives Resultat, so daß R. zur Annahme einer congenitalen Affection neigt. Als Therapie rät er die Exstirpation und Naht der Tasche an, da bei diesem Verfahren der beste Erfolg erzielt wird.

Hz.

VII. Prostata und Samenblasen.

Prostata.

Dr. Welz (Dorpat): **Ueber einen Fall von seniler Prostatahypertrophie, behandelt mit Heilgymnastik und Massage.** (St. Petersburger Medicinische Wochenschrift, April 1896.)

Der Patient, ein 68jähriger höherer Officier, litt in Folge von Prostatahypertrophie seit drei Jahren an völliger Atonie der Blase und hartnäckiger Harnretention, die sich angeblich ganz plötzlich nach Gebrauch einer Serie von kalten Sitzbädern eingestellt haben sollte. Patient muß den Katheter stets bei sich führen, da er ihn 8—12 Mal täglich gebraucht. Merkwürdig ist, daß der Patient Nachts keine Harnbeschwerden hat. Prostata stark hypertrophisch, trotzdem ist die Einführung des Katheters No. 20 leicht und schmerzlos. Im Urin geringe Mengen von Epithelien, sonst nichts Abnormes. In der Anamnese nichts Belastendes. Die Behandlung bestand in leichter Massage des Dammes unter besonderer Berücksichtigung der Blase, die mit leichten Streichungen und kräftigen, tiefgreifenden Vibrationen bearbeitet wurde. Nach einem Monat stellte sich eines Morgens zum ersten Mal nach drei Jahren spontane reichliche Urinentleerung ein, welche sich in den folgenden zwei Tagen wiederholte und zwar jedes Mal am Morgen. Sonst mußte der Patient wie zuvor den Katheter gebrauchen. Nach weiterer dreiwöchentlicher Behandlung stellte sich dauernde gute Function der Blase ein. Patient war im Stande, spontan zu uriniren. Ein Recidiv ist bis jetzt — es sind schon 1½ Jahre her — nicht eingetreten. Li.

Bryson: **Prostatectomia suprapubica.** (New York medic. journ. 27. Juli 1895, nach Ann. d. mal. d. org. gén.-urin., Febr. 1896.)

Die Operation beruht auf einer Gesamtzahl von 27 Fällen, von denen die ersten in die Zeit des Beginns der Methode fallen, wo also die Technik noch unausgebildet war, es waren die Kranken 50—78 Jahre alt. Die Mortalität betrug 25 pCt., aber drei Fälle sind abzurechnen, da hier tötliche Complicationen vorlagen, so ergiebt sich als eigentliche Mortalität 16,6 pCt. In 13 Fällen war die Heilung vollkommen, zweimal war die Besserung negativ, neun Mal combinirte man den perinealen und suprapubicalen Steinschnitt, bei diesen Operationen versuchte man vergebens, die suprapubische Oeffnung durch Naht zu schließen. Hz.



Bryson: **Castratation wegen Prostatahypertrophie.** (The New-York medic. journ., 3. August 1895, nach Ann. d. mal. d. org. gén.-urin., Febr. 1896.)

Der casuistische Beitrag B.'s ist sehr wichtig. Er betrifft einen 74-jährigen Mann, der seit 18 Jahren die Zeichen der Prostatahypertrophie zeigte und sich der doppelseitigen Castration unterzog. Darauf constatirte man eine sehr deutliche und rasche Atrophie der Prostata, aber die functionellen Symptome, außer vielleicht einer leichten Verringerung des Blasenresiduums, ergaben keine Besserung. Hz.

Frank Lydston: **La relation entre le résidu et l'irritation vesicale en particulier chez les prostatiques.** [Remarks on the relation of Residual Urine to vesical irritation, especially in Prostatics.] (Boston Medical and Surgical Journal, 31. Jan. 1895.)

Nach Verf. entleeren auch viele Gesunde nicht vollständig ihre Blase. In Fällen, in welchen, worauf es aber selbst bei Prostatahypertrophie nicht immer ankommt, die Blasenreizung wirklich auf den Residualharn zurückzuführen ist, genügt zur vollständigen Drainage nicht die Katheterisation, sondern hier ist zu diesem Zweck Drainage des Trigonum und Rectum notwendig.

Weerhoogen: **Ueber den perinealen Lappenschnitt bei Prostata-Operationen.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, Band VII, Heft 1.)

Verf. beschreibt nach einer kurzen Darstellung der geschichtlichen Entwickelung des Verfahrens des perinealen Lappenschnittes bei Prostataoperationen die Methode, nach welcher er den perinealen Lappenschnitt in den Fällen aus seiner Praxis ausführte:

Die Operation wird in Rückenlage des Patienten mit weit auseinander und nach dem Bauch stark zurückgehobenen Schenkeln vorgenommen. Die Linea biischiadica, welche in der gewöhnlichen Stellung für den Steinschnitt gerade an dem Afterrand vorbeiläuft, kommt dabei, was unbedingt zu beachten ist, um 2 cm höher zu stehen. Man führt nun von der Analöffnung einen ersten transversalen Schnitt von ungefähr 9 cm Länge, der gerade von dem vorderen Rand des Sphincter ani oder, falls derselbe nicht zu fühlen ist, 2 oder 3 cm vor ihm vorbeiführen muß. Von den beiden Enden dieses queren Schnittes werden zwei divergirend nach hinten geführte Incisionen gemacht, welche längs des inneren Randes der Tubera ischiadica vorbeilaufen und über dieselben ziemlich hinweggehen. Der auf diese Weise gebildete Lappen kann später nach hinten gezogen werden. Alsdann

wird eine Sonde in die Blase eingeführt und der hintere Rand des Schnittes zwischen dem Daumen und dem in den Mastdarm eingeführten Zeigefinger der linken Hand gefaßt. In dieser Stellung durchtrennt man Schritt für Schritt mit der Scheere das Septum perineale und zieht beim Eindringen in die Tiefe den Sphincter immer mehr nach hinten, während der Bulbus vom Assistenten mit einem stumpfen Hacken nach vorn befestigt und beschützt wird. Ist man alsdann ungefähr 3 cm tief eingedrungen, so kommt man bis an den oberen Rand des Sphincters und der Bulbus ist somit vom Rectum gänzlich abgetrennt. Hierauf wird die hintere Wand der Prostata von ihrer lockeren Umgebung stumpf abpräparirt, wonach die Wunde eine quere tiefe Falte bildet, welche auf jeder Seite die von den Schambeinen kommenden Schenkel des Levator ani spannen. Diese Muskelschenkel kommen nun erst zum Vorschein, nachdem die Prostata vom Mastdarm entfernt wird und es müssen deshalb die zwei schrägen Einschnitte, welche wir bis jetzt blos durch die Haut und das unterliegende Zellgewebe geführt hatten, auch rechts und links die erwähnten Schenkel des Levator durchtrennen. Hierzu nimmt man den unteren Rand des Muskels zwischen Zeige- und Mittelfinger der linken Hand; es wird hiermit der Mastdarm nach hinten und gleichzeitig der Muskelschenkel stramm gezogen. Dieser wird alsdann mit der Scheere, welche über den Rücken der Finger gleitet, so weit durchtrennt, bis man die gewünschte Tiefe erreicht hat.

Sobald dieses beiderseits geschehen, kann man den Mastdarm sacralwärts zurücklegen, und er bildet alsdann mit der zwischen After und dem queren Einschnitt gelegenen Haut und Fettgeweben einen wirklichen Lappen, durch dessen Zurücklegung die bisher faltige Wunde nun eine weit klaffende Höhle bildet, in welcher die Prostata in ihrem ganzen Umfange erscheint. Das anatomische Bild der Wunde zeigt jetzt eine pyramidenartige Höhle mit nach oben gerichteter Spitze, und je mehr man nun den vom Mastdarm gebildeten Lappen nach hinten zieht, desto flacher wird die pyramidenartige Höhle, und kann man dann um so leichter ihre Spitze erreichen, was natürlich ein großer Vorzug bei Operationen an sehr tief gelegenen Stellen der Prostata oder des Blasengrundes ist. Casper.

Schuler: **Zur Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie.** (Nach einem Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich. — Correspbl. für Schweizer Aerzte 1896, April.)

Schuler hat, angeregt durch die Mitteilung Helferich's, bei einem 78jährigen Manne, der seit 3 Jahren an Urinbeschwerden litt

und seit 6 Wochen katheterisirt werden mußte, weil er nicht mehr spontan uriniren konnte, beiderseits unter localer Infiltrationsanästhesie 6—7 cm lange Stücke der Ductus deferentes resecirt mit dem Erfolg, daß Pat. schon am Abend des Operationstages spontan uriniren konnte und seither nicht mehr katheterisirt werden mußte. 17 Tage nach der Operation fand sich die Prostata, welche vor der Operation einen gleichmäßig kugeligen, nach dem Rectum prominirenden Tumor von Orangengröße darstellte, deutlich verkleinert im Bereiche des mittleren Lappens und, weniger rechts, aber immer noch sehr groß, die Consistenz der Drüse etwas weniger derb; zwischen den beiden Seitenlappen eine deutliche Furche. Der Urin wird in Zwischenräumen von 1—3 und mehr Stunden in schwächerem oder stärkerem Strahl, je nach dem geringeren oder vermehrten Blaseninhalt gelassen, des Nachts sogar nur noch 2—1 Mal, während vor der Operation Pat. fast alle 5 Minuten durch seine Dysurie geplagt war. Die vor der Operation bestandene Cystitis ist bedeutend gebessert.

Im Anschluß an diesen Fall resumirt Schuler kurz die auf dem Gebiete der Prostatahypertrophie in den letzten Jahren eingeschlagenen Heilungsverfahren und ihre Resultate, speciell diejenigen der ein- und doppelseitigen Castration, der Unterbindung und Durchschneidung des Samenstranges und die Resection resp. Durchschneidung des Ductus deferens. Vortr. ist der Meinung, daß sich die prompte Wirkung aut die Prostata nur durch Nervenvermittelung erklären lasse, die Schädigung des sympathische und spinale Fasern enthaltenden Plexus deferentialis und Myo-spermaticus; er ist deshalb der Ansicht, daß bei allen drei Operationsverfahren: Castration, Durchschneidung des ganzen Samenstranges und des Ductus deferens allein, das Wesentliche die Schädigung der genannten Nerven, also die Durchschneidung des Ductus deferens sei, und ist deshalb geneigt, diese letztere Operation als Normalverfahren anzusehen bei der beabsichtigten Heilung der Prostatahypertrophie.

Li.

Wiesinger: **Die Witzel'sche Schrägfistel der Blase bei Prostatahypertrophie.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1896, Band XXXXII, Heft 6.)

Trotz der unverkennbaren Erfolge der in den letzten Jahren zur Anwendung gelangten Heilungsverfahren bei Hypertrophie der Prostata giebt es noch immer eine Anzahl von Fällen, die weder auf Castration, noch auf Durchschneidung des Vas deferens reagiren. Für diese, sowie für die Fälle, in denen man auf den günstigen Effect dieser Operationen nicht warten kann, sondern unverzüglich dem Urin einen Ausweg verschaffen muß, um einer Indicatio vitalis zu genügen, schlägt

nun Verf. vor, die Fistel nach der Witzel'schen Methode anzulegen. Diese gestattet, in der zweckentsprechendsten Weise eine völlig hermetisch abschließende Fistel anzulegen, welche dem Kranken keine unnötigen Beschwerden bereitet.

Verf. hat diese Methode in 24 Fällen von an derartigen prostatischen Beschwerden leidenden Kranken angewandt und er versichert, daß seine Kranken sich bei derselben durchaus wohl und zufrieden fühlten. Alle 2—3 Stunden ließen sie selbst den Urin ablaufen, ohne durchnäßt zu werden. Die vorher bestehende Cystitis besserte sich oder verschwand vollständig, um so mehr, als man durch die Fistel leicht mit Ausspülung der Blase nachhelfen konnte. Nur einige Kranke, bei welchen vorher bereits pyelitische, resp. nephritische Processe bestanden, gingen langsam an diesen trotz der Fistel zu Grunde. Im Allgemeinen erholten sich die so Behandelten in auffallend kurzer Zeit außerordentlich, nahmen an Gewicht zu und bekamen neuen Lebensmut. An den Folgen der Operation ist Keiner gestorben. Bei Einigen schwoll die vergrößerte Prostata nach der Operation bedeutend ab, offenbar dadurch, daß die entzündlichen Reizerscheinungen nachließen, und mehrere konnten wenigstens vorübergehend spontan Urin lassen.

Operations-Verfahren: Nach Spaltung der Haut und der Weichteile in der Mittellinie von der Symphyse nach aufwärts, wie bei Sectio alta, schiebt man das über der Blase liegende Fett und Zellgewebe mitsamt dem etwa vorliegenden Peritoneum in die Höhe, so daß die Blasenwand völlig frei in der Ausdehnung von 6 — 8 cm vorliegt. Nun wird dicht über der Symphyse ein schmales Messer senkrecht durch die Blasenwand durchgestochen und an beiden Seiten desselben je ein einzinkiges Häkchen in die Blase eingeführt, um nach Zurückziehen des Messers die kleine Wunde offen zu halten. Durch diese kleine Oeffnung wird ein Nélaton-Katheter etwa 10—12 cm tief in die Blase eingeschoben und dieser an seinem freien Ende durch einen Stöpsel verschlossen. Der Nélaton wird nun von der Symphyse aufwärts etwa 4—5 cm lang auf die Blasenwandungen aufgedrückt und dieselben selbst über demselben mit Seide zusammengenäht, so daß der Katheter etwa 5 cm weit in einen Canal zu liegen kommt, der von der Blasenwand gebildet wird. Diesen Canal verlängert man nun noch nach unten über die Stelle hinaus, an welcher der Katheter in die Blase eingeführt ist, um etwa 1—2 cm, um auch nach unten den Austritt von Urin neben dem Katheter unmöglich zu machen.

Ist der Urin, welcher beim Einstechen des Messers aus der Blase dringt, sehr stinkend und eitrig, so begnügt man sich, die Weichteilwunde nach Anlegung dieser Schrägfistel mit Jodoformgaze auszu-

tamponiren und die Wunde per granulat. heilen zu lassen, ist der Urin jedoch nicht in dem Grade zersetzt, so kann man die ganze Wunde über der Fistel völlig durch die Naht schließen und nur über der Symphyse ein kleines Drain bis auf die Blase führen, ohne eine Infection der Wunde fürchten zu müssen. Der Nélaton-Katheter wird, soweit er frei aus der Wunde hervorragt, mit Heftpflaster auf der Haut befestigt. Bei stark jauchenden Cystitiden verbinde man denselben Anfangs mit einem Gummischlauch und leite denselbe neben dem Bett in ein mit desinficirender Flüssigkeit gefülltes Gefäß und mache gleichzeitig mehrmals desinficirende Ausspülungen. Bei weniger schweren Fällen genügt es, durch den Nélaton, der für gewöhnlich mit einem Holzstöpsel verschlossen ist, alle 2 Stunden etwa den Urin abzulassen. Li.

Anton v. Frisch: **Erfolg der Resection des Vas deferens in einem Falle von Prostatahypertrophie mit hochgradiger Dilatation der Blase.** (K. k. Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 17. April 1896. — Wien. klin. Rundschau 1896, No. 17.)

Der Fall ist deshalb interessant, weil er mit colossaler Dilatation der Blase einherging, demnach zu denjenigen fortgeschrittenen Erkrankungen zählt, bei denen bisher der Katheterismus die einzige und oft fehlschlagende Therapie war.

Der 68jährige Pat. hatte einmal eine Gonorrhoe, war sonst nie krank seit 10 Jahren Urin-Beschwerden, die seit $3\frac{1}{2}$ Jahren stärker geworden sind. Besonders nahm der Harndrang immer mehr zu, ließ den Kranken bei Nacht nicht schlafen und wurde schließlich so heftig, daß in der letzten Zeit ca. 40 Mal den Tag Urin entleert werden mußte. Vor Kurzem trat Harnträufeln auf.

Bei der Aufnahme stand der Blasenscheitel zwei Finger über dem Nabel und überschritt den Seitenrand des Rectus beiderseits um zwei Querfinger. Bei der Palpation imponirte die Blase als großer, harter, die Unterbauchgegend vorwölbender Tumor. Der Harn ist klar, enthält 1‰ Albumen. Die Prostata hat, vom Rectum aus palpirt, die Größe einer mittelgroßen Orange; ihr oberer Rand ist nicht zu erreichen. Die Harnröhre ist nirgends verengt. Die durchschnittliche Harnmenge beträgt 2300—2500, spec. Gew. 1007.

Operation mit Cocainanästhesie. Das Vas deferens wurde auspräparirt und in einer Länge von 4 cm resecirt. Wundverlauf ohne Complicationen. Der linke Hoden war Anfangs etwas schmerzhaft und ist noch jetzt geschwollen. Wie schon bei anderen Fällen verschiedener Autoren berichtet wurde, war die Prostata schon 24 Stunden nach der Operation auffallend kleiner geworden, ein Umstand, der sich nur durch das Zurückgehen des collateralen Oedems erklären läßt. Am dritten Tage nach der Operation trat beträchtliche Polyurie ein. Es wurden 3500 ccm, am folgenden Tage

2500 ccm Harn entleert. Die Percussion der Blase ergab am dritten Tage, daß sie mit dem Scheitel drei Querfinger über der Symphyse stand. Später stieg der Scheitel noch weiter hinab. Schon am fünften Tage waren bei Nacht größere Pausen in der Harnentleerung eingetreten, am achten Tage hörte das Harnträufeln auf, das Albumen war verschwunden. Im weiteren Verlaufe ging die tägliche Harnmenge wieder langsam zurück und ist seit dem 15. Tage normal.

Der Fall zeigt, daß die Resection des Vas deferens auch für schwerste Fälle von Prostatahypertrophie mit beträchtlicher Vergrößerung der Blase zu empfehlen ist. Er ist noch aus einem anderen Grunde interessant. Mit allen Operationen, welche man bisher in solchen Fällen versucht hat, ist es nicht gelungen, den secundären pathologischen Zustand der Blase zu beeinflussen. Man mußte annehmen, daß die Muskulatur zu sehr überdehnt sei, als daß sie auch nach Behebung der Grundkrankheit wieder normale Arbeit verrichten könne. Im vorgestellten Falle bestanden die Blasenerscheinungen seit zehn Jahren. Ihre Besserung, trotz der langen Dauer und trotz ihrer Intensität, läßt die Prognose der Blasenatonie in einem anderen Lichte erscheinen. K.

Schumann: **Zwei Fälle von Prostatahypertrophie geheilt durch Ligatur der Vasa deferentia.** (Nowing lekarskie. — Wratsch 1896, No. 14.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Prostatahypertrophie in denen er ein so glänzendes Resultat durch die Isnardi'sche Methode erzielt hatte, daß er letztere als Ersatz für die Castration eingeführt wissen will. Beide Fälle betrafen 77jährige Greise. Bei dem ersten Patienten wurde durch Sectio alta ein bedeutender Blasenstein entfernt, trotzdem dauerten die Harnbeschwerden immer fort und erreichten bald einen Grad, der das Leben des Patienten in Gefahr setzte. Verf. nahm dann als ultimum refugium die Isnardi'sche Operation vor. Bereits nach einigen Tagen wurde die Einführung des Katheters, die vor der Operation mit außerordentlichen Schwierigkeiten geschah, bedeutend leichter, nach drei Wochen vermochte der Patient spontan zu uriniren und erholte sich bald vollständig. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen Patienten, der bereits zwei Jahre infolge seines Leidens katheterisirt werden mußte; acht Tage nach der beiderseitigen Ligatur der Vasa deferentia war er im Stande, spontan zu uriniren, und war bald vollkommen gesund.

Zur allgemeinen Besprechung der modernen Behandlung der Prostatahypertrophie übergehend, warnt Verf. vor einer allzugroßen Operationslust an den Samendrüsen bei verhältnismäßig jungen Individuen, die sich noch in voller Kraft ihrer geschlechtlichen Function befinden. Bei dieser sollte die indirecte oder directe Castration nur in den äußersten Fällen, in denen sämtliche anderweitigen Mittel versagen, vorgenommen werden. Jedenfalls müßte man die Isnardi'sche Operation bevorzugen, da sie leichter, weniger gefährlich ist und in kürzester Zeit ausgeführt werden kann.

Lubowski.

Guelliot: **Ligature et résection des déférents dans l'hypertrophie de la prostate.** (Union médicale du N.-E. — Guyon's Annalen, März 1896.)

Wegen der Abneigung selbst hochbejahrter, an Prostatahypertrophie leidender Männer gegen die Castration ist von Harrison, Haynes, Pavone, Isnardi, Chalot, Guyon, Leguen, Routier, Mugnai, Browne u. A. die Ligatur resp. die Resection der Vasa deferentia empfohlen worden. Die Erfolge waren in der Regel gute, wenn auch keineswegs sichere. Zu allen diesen fügt G. folgende Beobachtung hinzu: 74jähr. Patient, hat niemals an venerischen Krankheiten gelitten. Vor drei Jahren Retentio urinae, die nach einigen Blasenentleerungen verschwand. Wegen einer neuerlichen Harnretention am 16. October Resection beider Samenstränge auf $2^1/_2$ cm. Sechs Tage später bestand bereits die Möglichkeit, die Blase vollständig zu entleeren. Wenige Tage später wieder Harnretention, verbunden mit cerebralen Erscheinungen, so daß eine zweimalige Blasenentleerung mittelst Katheter notwendig wurde. In der nächsten Woche mehrere Tobsuchtsanfälle, welche alsdann in tiefe Somnolenz übergingen. Exitus letalis. Die Autopsie ergab: Nieren congestionirt, Nierenbecken dilatirt. Prostata vergrößert, besonders der Abschnitt ventralwärts der Urethra. Im Innern des Drüsengewebes haselnußgroße Eiterherde. — Die Testikel weich und atrophisch, Samenstrang fettig degenerirt. — Die histologische, von Prof. Hache ausgeführte Untersuchung ergab: 1) Hoden: Fehlen von Spermatozoen in den Tubuli seminiferi, letztere mit unregelmäßigen, fettig degenerirten Zellen angefüllt. Kleinzellige Wucherung innerhalb des Zwischenbindegewebes, hier und da geringe Blutungen. Gefäße strotzend mit Blut gefüllt; hier und da Arteriosclerose. — Dieselben Resultate wurden bei den in Alkohol fixirten Bruchteilen von Hodensubstanz ermittelt. Vas deferens: 1) Unterhalb der resecirten Partie. Anfüllung des Lumens mit Rundzellen, ebenso Infiltration des interstitiellen Bindegewebes mit Rundzellen. Die Muscularis ist ziemlich intact geblieben. Blutgefäße strotzend gefüllt. Das Gefüge des Nervengewebes erheblich alterirt. 2) Oberhalb der resecirten Partie: Breite Lichtung mit wenig fettig degenerirten Zellen, Cylinderepithel verschwunden, Schleimhaut selbst wenig geschwollen. Muscularis, sowie umgebendes Bindegewebe ebenso annähernd intact. — Prostata: Zweierlei Veränderungen sind nachweisbar. 1) Erhebliche Wucherung des bindegewebigen Stroma, jedoch sind einzelne kleinzellige Wucherungsherde und stellenweise Hypertrophie des bindegewebigen Stroma nachweisbar. 2) Die Drüsenacini, erheblich dilatirt, vergrößert und gewunden, enthalten teilweise Rundzellenwucherungen mit färbbarem Kern, teils eine an der Peripherie aus Rundzellen, im Centrum aus amorphen Schollen bestehende Masse, in anderen befinden sich nur Eiterzellen. Anatomische Diagnose: Fettige Degeneration der Samencanälchen, Arteriosclerose, hämorrhagische Herde im Zwischenbindegewebe des Hodens, also teilweise Veränderungen in Folge des Alters, teilweise in Folge der Durchschneidung des Samenstranges.

In diesem letzteren sind die beobachteten Veränderungen (Deferenitis etc.) einzig und allein auf die Operation zurückzuführen. — Die in der Prostata beobachteten Veränderungen sind dagegen unabhängig von der Operation entstanden. — Ohne dieser bislang vereinzelt stehenden Beobachtung allzu große Bedeutung beimessen zu wollen, ergiebt sie doch, daß auch das Ergebnis der anatomischen Untersuchung dafür spricht, daß die Resection der Samenstränge ähnliche Wirkung besitzt, wie die Castration. Ebenso wie die Wirkung jener Operation wahrscheinlich auf Schrumpfung des interstitiellen und Atrophie des parenchymatösen Prostatagewebes, vielleicht auch auf der Ausschaltung der Wirkung des N. spermaticus beruht, beobachtete auch Verf. Atrophie der Testikel und der Samenstränge unterhalb der Resectionsstelle. — Die Operation ist denkbar einfach und eventuell ohne Narcose ausführbar. L.

Chalot: **Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la suture entre ligatures des canaux deférents.** (Indépend. méd. 1896, No. 1. — Ann. des mal. des org. gén.-ur., März 1896.)

64j. Pat., seit zwei Jahren chronische Harnretention wegen Prostatahypertrophie. Vom Rectum aus die Prostata nicht zu umgreifen. — Unter Aethernarcose, 28. Februar 1895, je ein 3 cm langer Einschnitt über dem Samenstrang. Nach Vorziehung des letzteren, Isolirung des Vas deferens in einer Ausdehnung von 2 cm. Doppelte Unterbindung in einer Entfernung von 1,5 cm. Excision von 1 cm. Vernähung der Hautwunde. — Wiederholung derselben Operation auf der anderen Seite. Besserung wenige Tage später. Zwei Monate nach der Operation Harnentleerung 3—4 Mal am Tage, 2 Mal in der Nacht. Testikel etwas kleiner als zuvor, Prostata um die Hälfte kleiner. Vier Monate später Allgemeinbefinden vorzüglich. L.

Braun: **Altérations du sang dans les carcinomes ostéoplastiques de la prostate.** (Semaine médicale 1896, No. 6.)

In der Sitzung vom 22. Januar des „Wiener medic. Clubs“ berichtete M. L. Braun über eine Krankheit, die mit allen Zeichen einer fortschreitenden perniciösen Anämie auftrat Die Untersuchung des Blutes ergab eine Verminderung der roten Blutkörperchen und ausgesprochene Poikilocytose. Der Bestand an Hämoglobin war verhältnismässig gross; die farblosen Blutkörperchen waren von mononucleärem Typus und viele waren eosinophil. Bei der Section fanden sich ein osteoplastisches Carcinom der Prostata und schwere Knochenveränderungen. R.

Mayet: **Prostatite glandulaire subaigne d'emblée totale ou partielle.** (G.-A., März 1896.)

Verf. beschreibt an der Hand eines detaillirt wiedergegebenen Krankheitsfalles eine Reihe von Prostataerkrankungen, deren Symptomencomplex bisher noch nicht als Ganzes zusammengefasst worden ist. Die characteristischen Eigentümlichkeiten des Leidens sind subacuter Beginn bei relativem körperlichen

Wohlbefinden während der Dauer der Erkrankung, diffuse Schwellung des bisweilen ungeheuer vergrösserten Parenchyms der Drüse, langsames Verschwinden der Entzündung. — Sie hat weder mit den circumscripten Eiterherden der Prostata (weiche, eindrückbare, scharf umschriebene Teile), noch mit den tiefen Prostataeiterungen (drüsenharte, schmerzhafte Tumoren), noch mit den periprostatischen Eiterungen (diffuse, umfangreiche Schwellungen) etwas Gemeinsames. Die in der Ueberschrift erwähnte Nomenclatur ist auf Guyon zurückzuführen. — Mit der acuten Prostatitis hat das Leiden die Aetiologie, das Vorkommen von Eiterung, die zuweilen heftigen functionellen Störungen gemeinsam, mit der chronischen die Apyrexie und Schmerzlosigkeit der Untersuchung. Pulsation ist bei der Untersuchung niemals fühlbar. Gegen Prostatatuberculose, die ähnliche objective Symptome bietet, spricht die Aetiologie, die Hypertrophie des Drüsenkörpers, der Krankheitsverlauf und das Fehlen sonstiger tuberculöser Erkrankungen. — Als Therapie empfiehlt Verf. Quecksilbersuppositorien, sowie Heisswassereingiessungen nach Reclus (1886), der gute und schnelle Erfolg dieser Behandlung ist auch gegenüber diagnostischen Zweifeln (Carcinose, Tuberculose) von Bedeutung.

R. Hottinger: **Ueber chronische Prostatitis und sexuelle Neurasthenie.** (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1896, No. 6.)

Die Pathologie der Prostata, insonderheit die chronische Prostatitis ist lange Zeit hindurch arg vernachlässigt worden und zwar mit Unrecht; denn nicht nur, daß alte Urethritiden — in deren Verlauf sie doch meistens entsteht — nicht eher heilen, als bis diese Drüse selbst zum Angriffspunkt unseres therapeutischen Handelns gemacht wird, sondern es entwickeln sich auch im Anschluß an dieselbe häufig überaus lästige, nervöse Beschwerden, die sogenannte sexuelle Neurasthenie. Erst der neueren und neuesten Zeit und namentlich den bahnbrechenden Arbeiten von Oberländer, Finger und Posner war es vorbehalten, hier mehr Licht zu schaffen und die Wege für ein zielbewußtes und erfolgreiches Handeln anzugeben. Die nervösen Beschwerden beziehen sich aber nicht auf den Geschlechtsapparat allein, sondern sie erstrecken sich auch auf entfernter liegende Organe, so z. B. auf die Magen- und Herzthätigkeit. Verf. hat sogar als Folgeerscheinung chronischer Prostatitis Schwindel beobachtet.

Bei allen derartigen Leiden ist es daher durchaus erforderlich und geboten, die rectale Palpation der Drüse vorzunehmen und den exprimirten Prostatasaft auf's Genaueste mikroskopisch zu untersuchen. Erst dann wird es möglich sein, derartige Neurastheniker richtig zu erkennen, zu behandeln und ihr Heer zu vermindern. Eine energisch angewandte Therapie, insbesondere die Massage der Prostata, sei es mit dem Finger, sei es mit eigens dazu construirten Instrumenten, weist in den meisten Fällen einen dankbaren Erfolg auf.

Nach des Verf.'s Ansicht ist nun die chronische Prostatitis nicht immer die Folge einer gonorrhoischen Infection, sondern ist mitunter idiopathischen oder traumatischen Ursprungs. Im ersten Fall recurrirt er auf Beziehungen

zu dem nahegelegenen Rectum, während die andere ab und zu bei Velocipedfahrern beobachtet wird. — Zum Schluß werden zwei Beobachtungen als Beispiel für die idiopathische Form mitgeteilt. Stockmann.

VIII. Hoden und Nebenhoden.

Moussaren: **De l'emasculation totale.** (G.-A., December 1895.)

Verf. kommt bezüglich der Castration auf Grund maligner Tumoren zu folgenden, unter Leitung von Chalot gezogenen Schlüssen:

1) sie ist indicirt wegen Carcinom, welches auf Hodensack und Testikel übergegriffen hat;
2) sie lässt sich ohne grossen Blutverlust ausführen;
3) die Operationsmethode (Chalot und Morisani) ist leicht;
4) Heilung erfolgt bei gehöriger Beobachtung der Antisepsis schnell;
5) selbst nach Penis-Exstirpation erfolgt die Miction leicht;
6) sie ist die einzige Operation, die, falls man die Drüsen exstirpirt, ein längeres Freibleiben von Recidiv ermöglicht.

Kane: **Castration: a simple, easy and rapid method of performing it.** (New-York. medical journal, 23. März 1895. — G. A., Jan. 1896.)

Mittelst zwei daumenlanger, an der Peniswurzel gemachter Incisionen wird zunächst jeder der beiden Samenstränge aufgesucht und unterbunden. Hierauf an dem Scrotum ein weiterer Einschnitt gemacht, die Hoden nach unten gezogen und abgebunden, abgeschnitten, und schließlich jede der drei Incisionen isolirt vernäht. L.

Fritz Pregl: **Zwei weitere ergographische Versuchsreihen über die Wirkung orchitischen Extractes.** (Pflüger's Arch., 62. Bd., 8. u. 9. Heft.)

Während Brown-Séquard bereits im Anfang objectiv genug war, die Möglichkeit der Suggestion bei den Wirkungen des Hodenextractes in Erwägung zu ziehen, wurden bald Thatsachen bekannt, die eine Erklärung der Wirkung durch Suggestion nicht gut zulassen. Das Wesentliche dieser von Ch. Éloy[1]) zusammengestellten Thatsachen wird vom Verf. kurz angeführt. Trotzdem meint Forel in seinem Vortrage, betitelt: „Das Verhältnis gewisser therapeutischer Methoden zur Suggestion", bezüglich der Brown-Séquard'schen

[1]) Nach Ch. Éloy, La méthode de Brown-Séquard. Paris 1893. Bellûre et fils.

Hodenextractbehandlung: „Auch der Empirismus der von senilerotischen Vorstellungen ausgegangenen Brown-Séquard'schen Spermatotherapie hat sich in der wissenschaftlichen Medicin Eingang verschafft, vielleicht weil sie von einem Gelehrten ausging. Sie hat natürlich ihre Heilerfolge nicht verfehlt, denn auch da wirkt ein mächtiger suggestiver Factor mit."

Aus diesem Grunde hat Verf. lediglich zur Entscheidung der Frage, ob die in Rede stehenden Erscheinungen auf einen „mächtigen suggestiven Factor" bezogen werden können, oder nicht, zwei ergographische Versuchsreihen unter allen nur denkbaren, jede Möglichkeit einer Suggestion vollkommen ausschließenden Cautelen angestellt, über deren Methode Näheres im Original nachzulesen ist.

Er zieht aus seinen Untersuchungen die beiden folgenden Schlüsse:

1) Die bei täglicher Uebung eines neuromusculären Apparates und gleichzeitigen Injectionen von orchitischem Extracte eintretenden Steigerungen der Leistungen, die sowohl in Folge einer grösseren Ausdauer, als viel mehr noch durch einen erhöhten Einfluß der Erholung zu Stande kommt, wird nicht durch Glycerin, das zur Bereitung des Extractes verwendet wird, und sie wird auch

2) nicht durch Suggestion, sondern, wie man nun annehmen muß, durch die im orchitischen Extracte enthaltenen wirksamen Substanzen bewirkt. K.

Oskar Zoth: **Zwei ergographische Versuchsreihen über die Wirkung orchitischen Extractes.** (Pflüger's Arch., 62. Bd., 8. u. 9. Heft.)

Während die Litteratur über die Verwendung orchitischen Extractes (Hodenextract, Liquide orchitique, Séquardine) zu therapeutischen Zwecken außerordentlich angewachsen ist[1], — die Zahl der bekannten therapeutischen Versuche und Beobachtungen beläuft sich bisher auf ca. 2000 —, sind nur spärliche exacte Versuche über die physiologische Wirkung des Extractes angestellt worden. Außer den ersten Angaben von Brown-Séquard selbst und d'Arsonval[2], die hauptsächlich die dynamogene Wirkung orchitischer Flüssigkeiten auf das Nerven- und Muskelsystem betreffen, nebst deren Bemerkungen über die localen Effecte der Injectionen[3], liegen besonders Angaben über letztere vor von Loomis, Ville-

[1]) S. die Referate Brown-Séquard's in den Arch. de physiol., Jahrgang 1889, S. 739; 1890, S. 201, 443, 456, 641; 1891, S. 747; 1892, S. 182; d'Arsonval's ebd. Jahrg. 1891, S. 816; Féré's und Brow-Séquard's in den Compt. rend. de la Soc. de Biologie, Juni 1893; ferner Ch. Éloy. La méthode de Brown-Séquard, Paris Baillière, 1893, 282 Stn.; Buschon, „Brown-Séquard'sche Methode" in Eulenburg's encyklopädischen Jahrbüchern, Bd. IV, S. 74. 1894.

[2]) Brown-Séquard, Des effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré des testicules frais de cobaye et de chien. Communication faite le 1er Juin 1889 (Compt. rend. de la Soc. de Biolog., Bd. 41, S. 415.

[3]) Br.-Séqu., Seconde note, le 15 Juin 1889 (Ibid. S. 420).

neuve, Mairet, Variot[4]). Was die ausschlaggebenden allgemeinen Wirkungen betrifft, hat Vito Copriati[5]) an zwei gesunden Individuen Versuche mittelst des Ergographen von Mosso, Villeneuve[6]) unter Verwendung des allerdings weniger wirksamen Ovarialextractes an einer Kranken ein paar Versuche mit dem Dynamometer über den Einfluß auf die Leistungsfähigkeit des willkürlichen Muskelapparates ausgeführt. G. Grigorescu[7]) hat nach einer allerdings nicht einwandfreien Methode Vergrößerung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit im sensiblen Nerven des Menschen und im motorischen des Frosches, die Verschärfung der Tastempfindlichkeit beim Menschen gefunden. Bayroff[8]) constatirte Verminderung der Reflexzeit und des Tonus der Hautgefäße, Vermehrung der Speichelsecretion, Verminderung der Harnausscheidung, Erhöhung der Körpertemperatur nach Injectionen orchitischer Flüssigkeiten. Weitere Angaben über den Einfluß der Injectionen auf Puls und Circulation, Temperatur, Verdauung und Ernährung liegen vor von Copriati, Mairet, Brown-Séquard und Lemoine[9]), über Veränderung der Menge des Hämoglobins im Blute und dessen reducirende Wirkungen (bei Phthisikern) von A. Hénoque[10]).

Um nun die auf Grund der therapeutischen Beobachtungen ausgesprochene Meinung von einer „tonischen, eutrophischen und dynamogenen" Wirksamkeit der orchitischen Extracte, vor Allem auf das Centralnervensystem und vermöge dieses auf den Gesamtorganismus in möglichst einwandfreier und genauer Weise zu prüfen, sieht Verf. das geeignetste Mittel in der Untersuchung der Veränderung, welche die willkürliche Muskelkraft oder Leistungsfähigkeit des neuromusculären Apparates während der Be-

---

[4]) Br.-Séqu., Troisième note, le 20 Juin 1889 (Ibid. S. 430).

[5]) Br.-Séqu. (Compt. rend. de l'Acad. des sciences. Bd. 110, 1889).

[6]) Br.-Séqu., Expérience démontrant la puissance dynamogénique chez l'homme d'un liquide extrait des testicules d'animaux (Arch. de physiol., Bd. 21, 1889, S. 651).

[7]) Br.-Séqu., Effets physiologiques d'un liquide extrait des glandes surrenales et surtout des testicules (Compt. rend. de l'Acad. des sciences, Bd. 113, 1892, 23 mai).

[8]) Br.-Séqu., Remarques sur les effets produits sur la femmes par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré d'ovaires d'animaux (Arch. de physiol., Bd. 22, 1890, S. 456).

Brown-Séquard et d'Arsouval, Effets physiologiques et therapeutiques d'un liquide extrait de la grande mâle sexuelle (Compt. rend. de l'Acad. des sciences, Bd. 114, 1890, 24 avril).

[9]) Éloy, La méthode de Brown-Séquard, Paris Baillière 1893, 282 Stn.

[10]) A. Hénoque, Des modifications de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez les phthisiques traités par les injections de liquide testiculaire (Arch. de physiol., 1892, S. 45).

handlung eines Individuums mit orchitischem Extracte erleidet, um so mehr, als auf diesem Wege die jüngst von A. Forel[11]) mit Entschiedenheit ausgesprochene Forderung einer Ausschaltung des suggestiven Momentes von den anderen Momenten bei den Heilerfolgen der Therapie mit großer Wahrscheinlichkeit sich vollkommen einwandfrei erfüllen läßt.

Die erste dynamometrische Messung teilte Brown-Séquard in seiner ersten Veröffentlichung 1889 mit. Er konnte unter dem Einfluß von Injectionen mit orchitischem Extracte einer Steigerung der Muskelkraft um mehr als 18 pCt. erweisen, so daß sie etwa diejenige Größe erreichte, welche er 26 Jahre vorher an sich nachgewiesen hatte. Noch bei Weitem geeigneter für Anstellung dieser Versuche erscheint der Ergograph von Mosso, dessen sich zu diesem Zwecke zuerst Vito Copriati i. J. 1892 bediente. Auch diese Versuche ergaben eine positive Wirksamkeit der Injectionen.

Verf. nun hat die ergographische Methode zur Untersuchung der Wirksamkeit von Injectionen orchitischen Extractes auf die Leistungsfähigkeit des neuromusculären Apparates in besonders angeordneten Versuchsreihen, die 5 Zeitperioden von je einer Woche umfassen, an 2 Personen angewandt. Die zu den Injectionen verwendete orchitische Flüssigkeit war ein aus dem Genfer Laboratorium von E. Perrottet & Co.[12]) bezogener Glycerinextract von Stierhoden[13]), wie er dort nach den von Brown-Séquard und d'Arsonval angegebenen Methoden im Großen hergestellt wird. Die Herstellung besteht im Wesentlichen in einer Extraction der Hodensubstanz mit Glycerin, darauf folgendem Zusatz von 5proc. Chlor-Natriumlösung und Sterilisation durch Porzellanfilter oder Einwirkung von Kohlensäure unter Druck von über 50 Atmosphären. Die klare, schwachrosa gefärbte Flüssigkeit wird nach Vorschrift jedes Mal unmittelbar vor der Injection mit dem doppelten Volumen frisch ausgekochter Aqua destillata in der Pravazspritze gut gemischt und langsam injicirt. Locale Symptome machen sich wenig bemerkbar, nur leicht erhöhte Druckempfindlichkeit bleibt einen Tag oder länger bestehen.

Aus den ausführlich mitgeteilten Versuchsreihen — über welche Näheres im Original nachzulesen ist — ergiebt sich nach Beendigung der-

[11]) A. Forel, Das Verhältnis gewisser therapeutischer Methoden zur Suggestion. Vortrag, geh. in d. Abt. f. Neurologie auf d. 66. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte in Wien 1894 (Zeitschr. f. Hypnotism., II. Jahrg., 1894, S. 385).

[12]) Laboratoire Genevois de liquide orchitique Séquardine, 14 Rue Pierre Fatio, Genève.

[13]) Brown-Séquard verwandte bei seinen Versuchen Hodenextracte von 4—6 Monate alten Meerschweinchen, Stier, Lapin, Widder, wobei sich die ersteren am wirksamsten, ferner frische, wässrige Extracte wirksamer als Glycerin- oder mit Antisepticis versetzte Extracte erwiesen haben (Arch. de physiol., Bd. 25, 1895, S. 205).

selben bei einer Person eine Zunahme der Muskelkraft (des totalen mittleren Hubes) gegen den Anfangsversuch um 75 pCt., bei der andern Versuchsperson um 24 pCt. Bemerkenswert ist, daß parallel mit der Abnahme der Ermüdbarkeit der Muskeln auch eine Abnahme des subjectiven Ermüdungsgefühls einhergeht. Verf. glaubt durch die mitgeteilten Versuche auf einem bestimmten, objectiver Erforschung und zahlenmäßiger Auswertung am ehesten zugänglichen Gebiete einen neuen Wahrscheinlichkeitsbeweis für die eigentümlichen Wirkungen des Hodenextractes geliefert zu haben, welche man als tonische, eutrophische und dynamogene bezeichnet hat. K.

Fleischer: **Ueber eine eigentümliche Erkrankung der Hoden.** (Nach einem Vortrag in der ärztlichen Gesellschaft zu Kiew. — Wratsch 1896, No. 7.)

F. demonstrirte drei Rekruten mit einer Erkrankung, die er weder selbst in seiner 26jährigen Praxis jemals zuvor beobachtet, noch irgendwo in der Litteratur beschrieben gefunden hatte. Bei diesen, sich sonst der besten Gesundheit erfreuenden Rekruten finden sich in den Wandungen des Hodensacks derbe Geschwülste, die weder mit dem Hoden, noch mit dem Nebenhoden in Verbindung stehen, wohl aber an einer Stelle mit der Hodensackhaut verlötet zu sein scheinen. Zwei Patienten wollen bereits sechs Jahre, der dritte nur drei Jahre krank sein. Als Ursache wird von allen gleichlautend angegeben, daß sie auf den Bauch gefallen wären und sich dabei die Hoden verletzt hätten. — F. hält jedoch eine solche Entstehung der Geschwülste für höchst unwahrscheinlich und ist der Meinung, daß es sich in den bezeichneten Fällen um ein „künstliches Product" handele, daß man nämlich den jungen Leuten in den Hodensack irgend eine unlösliche Substanz, wie Wachs oder Stearin, in der Absicht injicirt habe, eine Untauglichkeit für den Militärdienst zu schaffen. (Wer russische Verhältnisse kennt, der wird die Annahme F.'s als eine vollkommen berechtigte anerkennen müssen. Ref.) Li.

Ferd. Steiner, Wien: **Orchitis parotidea im Säuglingsalter.** (Wiener med. Blätter 1896, XIX, No. 25 ff.)

Orchitis parotidea ist nur eine Teilerscheinung jener allgemeinen Infectionskrankheit, welche unter dem minder zutreffenden Namen Parotitis epidemica (Mumps) geführt wird. Die Aufnahme des Krankheitsstoffes, sowohl in die Ohrspeicheldrüse als in die Hoden, ist regelmäßig an die anatomische Vollkommenheit und physiologisch entsprechende Secretion des Organes gebunden. Wir finden daher die Parotitis niemals bei Säuglingen (ausgenommen ein ausführlich citirter Fall von Homans) und ebensowenig den Hodenmups vor der Pubertät. Ausnahmsweise beschreiben Kocher und Naumann je einen 8jährigen Knaben mit Orchitis. Verf. hat bei einer kleinen Familienepidemie den ersten bisher beschriebenen sichern Fall von Hodenmumps an einem Säuglinge beobachtet:

Ein 9monatlicher Knabe, gut genährt, gut entwickelt. Keine sichtbaren Zeichen von Lues hereditaria. Kein Soor, keine Stomatitis. T. = 39.9° C. Leichte Rötung, locale Hitze, schmerzhafte Schwellung des Hodensackes mit entzündlicher Vergrößerung des rechten Hodens. Samenstrang frei. Der linke Hode noch im Leistenkanal, nicht auffallend druckempfindlich. Entfieberung am 6. Tage und 3 Tage später Restitutio ad integrum. Keine Hodenatrophie.

Bezüglich der Anatomie leitet Verf., sich beziehend auf seine frühere Arbeit über Mumps (ibid. 1896, No. 22), den Wahrscheinlichkeitsschluß ab, daß es sich vorerst um eine Hyperämie des Testikels mit rasch auftretender seröser Exsudation in die Septa und Hüllen der Drüse, also um Orchitis und Vaginalitis handle. Allerdings sei auch Deferentitis beobachtet worden, so z. B. beim gleichzeitig erkrankten Vater des betroffenen Säuglings. — Der allgemeinen Richtigkeit des Satzes, daß die Beteiligung der Hoden am Mumps von deren Functionstüchtigkeit abhänge, thut vorliegende vereinzelte Beobachtung nach Ansicht des Verf.'s keinen Eintrag. —r.

Wojnow: **Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Hoden bei Scharlach, Diphtherie, Flecktyphus und croupöser Pneumonie.** (Bolnitschnaja gaseta Botkina. — St. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1896.)

Makroskopisch erscheinen die Hoden ödematös, zerreißlich, hyperämisch. Unter dem Mikroskop fand W. die Fasern des interstitiellen Bindegewebes durch seröses Exsudat auseinandergedrängt, die Blutgefäße waren erweitert, mit Blutkörperchen gefüllt. Die Zellen der Samencanälchen fettig und albuminös degenerirt, in einzelnen Kernteilung sichtbar. Die Zahl der Samenkörperchen war verringert. Li.

Nicaise: **Anästhesie der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele mit reizender Flüssigkeit.** (Academ. de médic., 4. Juni.)

Die Behandlung der Hydrocele mit Injection einer ätzenden Flüssigkeit, z. B. Tinct. Jodi, ist die üblichste, sie ist einfach und erfolgreich, aber oft sehr schmerzhaft, so daß die Pat. bei einem Recidiv die Einspritzung verweigern. Zur Erzielung der Anästhesie bei der Injection empfiehlt N. sein Verfahren mit Cocain, das gefahrlos ist. Die Hydrocele wird punctirt, man läßt etwa ein Drittel der Flüssigkeit hinaus, dann injicirt N. durch die Trocartcanüle mit einer Spritze 3—4 ccm einer 1proc. Cocainlösung, also 0,03—0,04 g Cocain. Der Hodensack wird leicht massirt, nach 4—5 Minuten die ganze Flüssigkeit herausgelassen, dann erfolgt die Einspritzung von Tinct. jodi, rein oder mit einem Drittel Wasser. Die Wände der Vaginalhaut werden leicht gedrückt, nach 4—5 Minuten die Flüssigkeit entfernt. Obgleich bei Injection

von 4 cg Cocain in etwa 200 g seröser Flüssigkeit eine Verdünnung von 1:5000 entsteht, war Anästhesie stets erreicht. Das Verfahren ist ganz gefahrlos, da die Cocaindosis so gering ist, ferner aber die seröse Flüssigkeit ein natürliches aseptisches Vehikel des Cocains darstellt.

Hz.

Wilms: **Ueber die teratoiden Geschwülste der Geschlechtsorgane.** (Med. Ges. in Gießen, Sitz. v. 19. Juli 1895. — D. med. Woch., 1896, No. 5.)

Nach ausführlicher Besprechung der Dermoidcysten und soliden Teratome des Eierstocks geht W. auf die Teratoidgeschwülste des Hodens ein.

Die Dermoidcysten des Hodens zunächst sind regelmäßig rudimentäre Embryonalanlagen von gleicher Form und gleichem Bau wie die Ovarialdermoide. Reine Hautcysten kommen im Hoden selbst gar nicht vor. Eine Form von reinen Hautcysten außerhalb der Scheidenhäute, deren Entstehung W. mit dem ectodermalen Ursprunge des Wolff'schen Ganges in Zusammenhang bringt, und die er den retroperitonealen Dermoiden gleich erachtet, hat mit den Hodendermoiden nichts gemeinsam. Fälschlich werden oft die Hodendermoiden als extratesticuläre Geschwülste bezeichnet, da man zwischen Hoden und Cyste die Albuginea zu finden glaubte. Diese vermeintliche Albuginea ist weiter nichts, als eine um die wuchernde Mißbildung auftretende secundäre Kapselbildung, die durch das comprimirte anliegende Hodengewebe noch verstärkt wird. Die Dermoidcysten des Hodens liegen also auch stets im Hoden selbst und dürften aus einer Geschlechtszelle entstehen. Die Mischgeschwülste des Hodens liegen ebenfalls stets in dem Hoden selbst; sie bauen sich nach Untersuchungen W.'s regelmäßig aus Abkömmlingen aller 3 Keimblätter auf. Vom Ectoderm ist gewöhnlich nur eine Epidermisschicht entwickelt, vom Entoderm Flimmer-, Schleim-, Cylinderepithelcysten und Drüsen, vom Mesoderm Knorpel, glatte und oft quergestreifte Musculatur und die verschiedenen Formen des embryonalen Bindegewebes. Auffallender Weise ergaben die Untersuchungen aber auch, daß die sogenannten Cystoide, Enchondrome, Rhabdomyome in die große Gruppe der Mischtumoren gehören, da auch sie bei genauer Untersuchung immer Producte aller 3 Keimblätter enthalten.

Die Schleim-, Cylinder- und oft Flimmerepithelien der Cystoide entstehen also nicht, wie man annahm, aus den Hodenkanälchen, analog den Ovarialcystomen, sondern sie sind die Zellen des inneren Keimblattes einer fötalen Anlage, deren Gewebe regelloser Weise durcheinander wuchern. Treten bei den Cystoïden Knorpelmassen auf, wie so oft beschrieben wird, so darf man diese nicht von dem Hodenbindegewebe durch eine Heteroplasie ableiten, sondern muß sie als Product des fötalen Mesoderms ansehen u. s. w. Die makroskopisch ganz differenten Tumoren der Cystoide und der oft vollkommen compacten Mischtumoren erwiesen sich also bei mikroskopischer Untersuchung als in ihrem Ursprunge verwandte Formen. Die makroskopische Verschiedenheit muß daher nur auf einen quantitativen

Unterschied in der Beteiligung der einzelnen Keimblätter zurückgeführt werden. Ist das Entoderm vorherrschend und die Secretion der Schleimepithelien stark, so entsteht ein Cystoid; prävalirt aber das Mesoderm und ist die Tendenz zur Secretion- und Cystenbildung der epithelialen Elemente gering, so entsteht ein compacter Tumor. Die dreiblätterige Keimanlage entwickelt sich und wuchert in den Samencanälchen. Für das Verhältnis von den Mischgeschwülsten des Hodens zu den dermoiden gilt dasselbe wie beim Ovarium. Der Ursprung der beiden Geschwulstarten ist entschieden derselbe. Unter günstigen Wachstumsbedingungen bildet sich der rudimentäre Hodenparasit, wuchert aber die Anlage, dem Verlauf der Hodenkanäle folgend, aus ihrer normalen Form heraus, so bildet sich ein Mischtumor oder besser eine embryonale Geschwulst. Da der kanalartige Bau des Hodens eher zu Wachstumsstörungen Anlaß giebt, als die cystischen Bildungen im Ovarium, so sind im Hoden die embryoiden Tumoren im Verhältnis zu den rudimentären Parasiten häufig, im Ovarium umgekehrt.

Die genannten Tumorformen stellen eine in sich abgeschlossene Geschwulstgruppe dar, die scharf von ähnlichen Geschwülsten in anderen Regionen des Körpers zu trennen ist. Sie sind nur in den Geschlechtsorganen beobachtet. Ihr Ursprung ist entweder eine fertige Ei- oder Samenzelle oder eine embryonale Geschlechtszelle. Weder Heterotopie, noch Keimverirrung, noch Intrafötation, noch Parthenogenese kann als die Ursache dieser Tumoren angesehen werden, sondern die eigentliche Genese bleibt fraglich.

K.

Golding-Bird: **Lymph Scrotum and Lymph Varix.** (Clinical Society of London, Sitzung vom 13. März 1896 — Bericht der Lancet.)

Der erste Fall betraf einen kräftigen jungen Mann. Die linke Seite des Scrotums war stark geschwollen, die Geschwulst teils aufgeplatzt und eine milchige Flüssigkeit hatte sich entleert. Es fanden sich hirsekorngroße Bläschen, die in strahlenförmigen Linien standen, die nach dem Schambogen zu convergirten. Lymphdrüsen und Milz normal. Auf Druck entleerte sich aus den Geschwülsten eine gelbliche Milch, die mikroskopisch dem Chylus glich. Blut normal. Als Ursache wurde Druck vergrößerter tuberculöser Mediastinaldrüsen auf dem Ductus thoracicus angenommen. Die linke Hälfte des Hodensacks wurde excidirt und die angeschnittenen Lymphgefäße unterbunden. In der resecirten Tunica dartos fanden sich zahlreiche erweiterte Lymphgefäße. Die Heilung ging glatt von Statten. Die übriggebliebene Scrotalhaut wurde über die Hoden gespannt und es zeigten sich nur noch wenige erweiterte Lymphgefäße.

Im zweiten Fall bestand ein Lymphvarix bei einem Manne, der von Ceylon zurückgekehrt war. Rechts saß ein Bubo, links Hydrocele der Tunica vaginalis testis: letztere wurde abgezapft und ein doppeltes Leistenbruchband verordnet. Die Geschwulst recidivirte trotzdem nach acht Monaten und war nicht mehr vollständig zu beseitigen. Bei der Radicaloperation fand sich im Leistencanal eine Geschwulst, die als Varicocele

imponirt, jedoch mit milchiger Flüssigkeit gefüllt war. Die Gefäße wurden einzeln unterbunden sowohl am äußeren Leistenring, als auch dicht über dem Hoden. Die entleerte Flüssigkeit erwies sich unter Mikroskop als Chylus; Filaria wurde nicht gefunden. Mode.

C. Bayer: **Zur Operation des Cryptorchismus.** (Centralblatt für Kinderheilkunde, 2. Heft, 1896.)

An der Hand von zwei operativ behandelten Fällen von Cryptorchismus bei Kindern, von denen eines eine rechtsseitige, mit häufigen, schmerzhaften Einklemmungserscheinungen einhergehende, das andere eine doppelseitige und noch dazu auf der rechten Seite mit einer Leistenhernie complicirte Cryptorchis hatte, bespricht B. die Indicationen für etwaige operative Maßnahmen. Es ist hierbei durchaus geboten, einen strengen Unterschied zwischen Cryptorchismus bei Erwachsenen und bei Kindern zu machen. Im ersten Fall ist der im Inguinalcanal retinirte Hode wohl stets atrophisch und braucht bei etwaigen auftretenden schmerzhaften Incarcerations-Erscheinungen, oder wenn er die Operation einer gleichzeitig bestehenden Leistenhernie erschwert, nicht geschont zu werden, zumal selbiger nicht nur nutzlos, sondern sogar, da er oft genug den Ausgang für die Entwicklung maligner Neoplasmen bildet, schädlich ist. Anders im Kindesalter. Hier ist ein conservatives Verhalten, da Degenerationszeichen des Hodens oft genug fehlen, durchaus geboten, soweit es eben die Verhältnisse gestatten. Dies beweisen die beiden von B. operirten Fälle. Es gelang, anscheinend die cryptorchischen, nicht entarteten Hoden aus dem Leistencanal herauszupräpariren und im Scrotum zu fixiren. Auf Grund dieser Erfolge kommt er zu folgenden Schlüssen: Es empfiehlt sich ein möglichst conservatives Verhalten und es soll nur operirt werden, sobald ein Bruchband weder genügenden Schutz gewährt, noch auch den Descensus begünstigt und wenn Beschwerden Seitens des eingeklemmten Organs auftreten. Bei der Operation gelingt es, den Hoden bald vollständig am Boden des Hodensackes zu fixiren, bald weniger. In letzterem Fall steht zu erwarten, daß durch die Natur das weitere Herabsteigen besorgt werden wird. Wo nicht, und falls das Organ sich späterhin als degenerirt erweist, sind für die Castration leichtere Bedingungen geschaffen. In jedem Fall ist nach dem Vorschlag Nicoladoni's bei der Operation der Cryptorchis die Ablösung des Samenstranges möglichst hoch hinauf bis zur Apertura interna des Inguinalcanals vorzunehmen. Wie man den Canal selbst verschließt, ist gleichgiltig; für Erwachsene empfiehlt sich die Bassini'sche Operation. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

IX. Blase.

Audry: **Ruptur der Harnblase, verursacht durch eine Ausspülung.** (Archives provinciales de chirurgie. — Wratsch 1896. No. 17.)

Verf. berichtet über einen seltenen Fall von Ruptur der Harnblase, welche durch eine bei Gonorrhoe verordnete Ausspülung verursacht wurde. Die Ausspülung wurde von geübter Hand ausgeführt, der Irrigator befand sich in einer Höhe von 1,5 m über dem Patienten. Nach zwei Tagen Sectio alta; das Zellgewebe des Retzius'schen Raumes erwies sich von Harn durchtränkt. Ohne nach der Rupturstelle zu suchen, begnügte sich der Operateur (Prof. Jeaunel) damit, daß er ein Drainagerohr in die Wunde und einen Katheter à demeure in die Harnblase einführte. Heilung innerhalb eines Monats. Li.

Weljaminow: **Partielle Excision der Harnblase bei Krebs derselben.** (Ljetopis russcoi Chirurgii 1896, Heft 2.)

Die relative Seltenheit der Neubildungen der Harnblase, sowie die sehr spärliche Casuistik der Radicaloperationen bei diesen Neubildungen veranlassen den Verf., die von ihm ausgeführte partielle Excision der Harnblase wegen Carcinoms derselben zu veröffentlichen. Selbstverständlich läßt Verf. seiner casuistischen Mitteilung eine litterarisch-statistische Uebersicht der Neubildungen der Harnblase im Allgemeinen und der bösartigen insbesondere vorangehen. Außer der bereits betonten Seltenheit der Neubildungen der Harnblase ergiebt sich aus dieser Uebersicht, daß Frauen viel seltener daran erkranken als Männer: so konnte Clado unter 100 Patienten mit Epithelneubildungen der Harnblase nur 7 Frauen zählen. Was die Localisation der carcinomatösen Affection der Harnblase betrifft, so werden am meisten die hintere Wand und die Basis, viel seltener die vordere Wand, die Seitenwände und die Spitze afficirt. Jedenfalls liegen die carcinomatösen Neubildungen der Harnblase sehr selten so, daß sie samt der Blasenwand ohne Verletzung der Ureteren excidirt werden können.

Der Fall des Verf.'s betrifft eine 49jährige Patientin mit vollständig negativer Anamnese, die im Herbst 1894 einen Reiz in der Harnröhre, Kreuzschmerzen und allgemeine Schwäche verspürte; diese Erscheinungen steigerten sich allmählich, es stellte sich lästiger Harndrang ein, und

die Patientin magerte sichtlich ab. Im Frühling 1894 zeigte der Harn bedeutende Blutspuren; gleichzeitig erreichten die Schmerzen in der Gegend der Harnblase und des Rectums eine derartige Intensität, daß die Patientin „weder sitzen, noch liegen, noch gehen konnte“. In diesem Zustande kam sie nach dem Krankenhause. Die Untersuchung ergab direct oberhalb der Symphyse, in der Gegend der Harnblase, eine Geschwulst von schwer zu bestimmender Größe und Form. Bei der Untersuchung per vaginam, sowie auch per rectum konnte ebenfalls die Geschwulst palpirt werden, die zweifellos in der Wand der Harnblase saß. Die combinirte Untersuchung mißlang wegen der außerordentlichen Schmerzhaftigkeit, die jede Manipulation begleitete. Soweit konnte jedoch sichergestellt werden, daß es sich hier um eine maligne Neubildung der Harnblase (wahrscheinlich Carcinom) handelte. Zur näheren Bestimmung der Localisation wurde eine eingehende Untersuchung in Chloroformnarcose vorgenommen, die mit absoluter Sicherheit feststellen ließ, daß die Eintrittsstelle der Ureteren, sowie das Trigonum und der Blasenhals unversehrt waren; es war also die Hoffnung berechtigt, daß es gelingen würde, den afficirten Teil der Harnblase zu excidiren, ohne die Ureteren zu verletzen.

Die Operation wurde in Trendelenburg's Lage ausgeführt. Es stellte sich heraus, daß die Neubildung $^2/_3$ der Blase einnahm; selbstverständlich konnte der nach der Excision der Geschwulst entstandene ungeheuere Defect in der Harnblase nicht gedeckt werden, und so blieb dem Verf. nichts übrig, als den Rest der Blase in die Wunde der Bauchdecken, die vorher durch zwei Nähte (an den Winkeln) eingeengt wurde, einzunähen. Einführung eines Katheters à demeure, Tamponirung der Blase mit Jodoformgaze, antiseptischer Verband.

In den ersten Tagen nach der Operation gingen durch den Katheter 500—800 ccm Urin ab; später entleerte sich die gesamte Urinmenge in den Verband. Die Wunde blieb dauernd aseptisch, und die Höhle um den Blasenrest füllte sich ziemlich rasch mit Granulationen; nach $1^1/_2$ Monaten war die Vernarbung vollendet, und es bildete sich ein Zustand, der an eine Ectopia vesicae erinnerte. Der Anfangs dunkle, trübe, bluthaltige Urin wurde bald klar und vollkommen normal. Am 37. Tage nach der Operation war die Patientin im Stande, das Bett zu verlassen. Ihr Aussehen, Appetit und Schlaf besserten sich in auffallendster Weise; die Schmerzen verschwanden; die Patientin hat stark zugenommen und fühlt sich vollkommen wohl. Man könnte sie auch als vollkommen gesund betrachten, fände nicht die Urinentleerung nach außen statt. Verf. versuchte der Kranken einen Harnrecipienten anzupassen, jedoch ohne Erfolg. Lubowski.

Görl: **Zottengeschwulst der Blase. Operation mit dem Nitze'schen Operationscystoskop.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe 1896, No. 3 und 4.)

648 Verf. läßt seiner, allerdings nur einen Fall umfassenden casuistischen Mitteilung eine Besprechung der von Nitze eingeführten intravesicalen Operationsmethode bei Geschwülsten der Blase vorangehen, sowie eine ausführliche Beschreibung der dazu gehörigen Instrumente, des sogenannten Nitze'schen Operationscystoskops. Verf. bekennt sich als begeisterter Anhänger des Nitze'schen Verfahrens, welches an Bedeutung besonders dadurch gewinnt, daß es, Dank der sinnreichen Construction des Operationscystoskops, von jedem einigermaßen geübten Cystoskopiker mit ziemlicher Leichtigkeit ausführbar sein soll. Die intravesicale Operationsmethode ermögliche ebenso wie die Cystotomie eine radicale Beseitigung des Tumors, sie habe aber vor dem Blasenschnitt den Vorzug, daß sie, einen geringen und absolut gefahrlosen Eingriff darstellend, so oft wiederholt werden kann, als es die Umstände erfordern. Bei der bekannten Recidivfähigkeit der Blasengeschwülste, und zwar nicht nur der bösartigen, sondern auch der gutartigen Zottenpolypen sei letzterer Vorzug von ganz besonderer Wichtigkeit. Schließlich hebt noch Verf. hervor, daß zur Ausführung intravesicaler Operationen eine locale Anästhesirung der Blase völlig ausreichend ist, so daß dieselben auch in Fällen in Anwendung gebracht werden können, in denen man auf einen operativen Eingriff wegen contraindicirter Chloroformnarcose hätte überhaupt verzichten müssen.

Das Nitze'sche Instrumentarium für intravesicale Operationen enthält drei ihrem Zwecke nach verschiedene Instrumentarten: 1) Instrumente zum Fassen resp. Zertrümmern von Fremdkörpern, 2) solche, welche zum Wegbrennen von Geschwülsten oder Geschwulstresten dienen, die wenig über die Blasenschleimhaut emporragen, 3) solche, welche gestatten, Tumoren mit der Schlinge abzutragen.

Der Fall des Verf.'s betrifft eine 29jährige Patientin, welche ihre ersten Blasenbeschwerden im 14. Lebensjahre verspürt hatte, als die Menses aufgetreten waren. Die Beschwerden bestanden darin, daß Anfangs in größeren Zwischenräumen, dann häufiger Blasenkrämpfe eintraten. Es waren dabei vor dem Uriniren Schmerzen vorhanden, welche sich nach dem Uriniren steigerten und als Gefühl von Harndrang stundenlang anhielten. Seit den letzten drei Jahren ist beständig ein Gefühl von Völle im Unterleib über der Symphyse vorhanden und ist es der Patientin, als ob sich bei Lagerungswechsel des Körpers etwas in der Blase mitbewege. Im Sommer 1895 trat die erste Blasenblutung auf, die jedoch bald wieder verschwand. 8 Wochen später kam eine stärkere Blutung, die in kurzen Zwischenräumen, aber verminderter Stärke bis jetzt anhielt, verbunden mit zum Teil heftigen, oft

bis zu 3 Stunden dauernden Krampfanfällen. In der Zeit zwischen den Blutungen gehen kleinere und größere Blutgerinnsel ab. Bewegung ist auf den Schmerz und die Blutung einflußlos. Diese Symptome im Verein mit der festgestellten hochgradigen Fibrinurie ließen mit Sicherheit die Diagnose auf Blasentumor stellen. Die cystoskopische Untersuchung ergab auch thatsächlich das Vorhandensein einer Geschwulst von ungefähr 5 cm Durchmesser, die so gelagert ist, daß sie den rechten Ureter verdeckt. Nach zwei mißlungenen Versuchen gelang es dem Verf., mittelst des Operationscystoskops ein Stück von dem Tumor zu entfernen. Die drei zunächst folgenden Mictionen brachten fleischfarbenen Urin; am Tage nach der Operation wurde letzterer jedoch völlig klar und blieb es, abgesehen von einer einzigen Unterbrechung, dauernd. Vom Tage der Operation an waren die Beschwerden, die bei Lagerungswechsel vorhanden gewesen waren, sowie der Harndrang verschwunden. Patientin kann jetzt wieder 5 bis 6 Stunden den Urin halten, obgleich die Wunde ein Gefühl von geringem Schmerz erzeugte. Die nächsten Menses dauerten 4 Tage und waren frei von den früher vorhanden gewesenen Beschwerden. 8 Tage nach der ersten Operation wurde der Rest der Geschwulst, die sich als ein Zottenfibrom erwies, entfernt. Leider blieb bei der letzten Operation infolge Defectwerdens des Operationscystoskops ein linsengroßes Stückchen von der Geschwulst stehen, welches ein nochmaliges Eingreifen erforderlich machte.

Die an Stelle der mittelst der galvanocaustischen Schlinge entfernten Geschwulstteile entstandenen Schorfe gingen mit teils stärkerer, teils mäßiger Blutung nach einigen Tagen ab. Casper.

F. Leguen: **Le Drainage périneal de la vessie dans les cystitis rebelles.** (G.-A., Decbr. 1895.)

Verf. hat in drei Fällen von schwerer, allen anderen Behandlungsmethoden trotzendem Cystitis, dem Beispiele Guyon's folgend, die Perinealdrainage mit consecutiver Auskratzung der Harnröhrenschleimhaut ausgeführt. Bei sämtlichen drei Patienten war bereits vorher die Sectio alta ohne Erfolg ausgeführt worden.

Fall 1: 37jähr. Mann. In der Jugend Blennorrhoe. 1886 acuter hartnäckiger Blasencatarrh. 1871 Lithotrypsie von Horteloup ausgeführt; bald darauf wegen andauernder Beschwerden Sectio alta, Extraction zweier Concremente. Recidiv, in Folge dessen Sectio perinealis: Extraction weiterer dreier Concremente. Da trotzdem die Blasenbeschwerden anhielten, 1873 Höllensteininstillationen durch Guyon ausgeführt, ohne Erfolg: 80—100 Mal Miction innerhalb 24 Stunden. Urin am Schluß der Entleerung blutig tingirt, stark eiterhaltig, aus der sehr empfindlichen Blase lassen sich nicht mehr als 10 g Flüssigkeit exprimiren. Operation am 6. Januar 1895, schnelle und bis jetzt dauernde Besserung.

Stat. praesens: 3 Mal täglich Harndrang, Nachts kein Bedürfnis zu uriniren. Urin nicht bluthaltig, Schmerzen verschwunden. — Bei der Operation

fand man in der Pars posterior urethrae eine dreifingerbreite, glattwandige, spindelförmige Höhle. Wahrscheinlich waren alle für die Blase bestimmten Instillationen hier hängen geblieben, ohne an den Ort ihrer Bestimmung zu gelangen. — Nach Einlegung der Dauersonde in die Blase und Drainage der Dammwunde schloß sich diese Höhle.

Fall 2: 27jähr. Patient; seit mehreren Jahren hartnäckige Cystitis trotz aller Behandlungen. Einige Monate zuvor nach Sectio alta vorübergehende Besserung, später fortwährender Harndrang, heftige Schmerz-Anfälle, anhaltende Hämaturie. Untersuchung auf Tuberkelbacillen negativ. — Operation am 24. Mai 1895. Nach derselben bis Juli 1895 alle zwei Stunden Harndrang, wenig Blut und Schmerz am Schluß der Miction. Nachts alle 3—4 Stunden Drang zum Uriniren. Im October waren die Intervalle am Tage auf drei Stunden gestiegen, die Miction selbst schmerzlos, zuweilen noch Blutfasern im Harn. Gesamtergebnis: wesentliche Besserung.

Fall 3: 13jähriger Knabe. Seit zwei Jahren hartnäckige Cystitis, die eine Sectio alta, durch Broca ausgeführt, zur Folge hatte. Nach Schluß der Blasenwunde Wiederauftreten der bis dahin gemilderten Beschwerden. Nur die vordem mehrmals täglich beobachtete Hämaturie war geringer geworden. — Nachdem Verf. etwa 6 Wochen hindurch Sublimatinstillationen ohne Erfolg versucht hatte, wurde am 3. August 1895 der Perinealschnitt ausgeführt, die Blase curettirt und drainirt. Schluß der Fistel am 15. October. Stat. praesens: täglich einstündlich, in der Nacht 3—4 stündliche Miction, keine Hämaturie, schmerzlose Miction. Pat. fühlt sich sehr erleichtert und ist im Stande zu arbeiten. Was die Operationsmethode, die demnach in einem Falle Heilung, in zwei Fällen wesentliche Besserung zur Folge hatte, anlangt, so verfährt Verf. folgendermaßen: Nach Einführung eines kannellirten Katheters in die Blase, Transversalschnitt zwischen Bulbus und Anus, senkrecht zu demselben im Bedarfsfalle ein Längsschnitt, Incision der Urethra posterior auf der Sonde, längs der Delle des kannellirten Katheters Einführung eines Guyon'schen Dilatators (?) in die Blase behufs Dehnung des Blasenhalses und Entfernung des Katheters Nach Dehnung bis auf 60 mm Umfang Einführung des Zeigefingers und der Cürette in die Blase, welche kräftig ausgekratzt wird, besonders in der Gegend des Blasenhalses. Hierauf Einführung einer Pezzer'schen Dauersonde, welche alle 5 Tage gewechselt wird und im Ganzen ca. 6 Wochen liegen bleibt. Die Perinealfistel schließt sich etwa zwei Wochen nach der Entfernung der Sonde. — Die langdauernde Drainage ist nach Verf. die wesentlichste Vorbedingung für den Erfolg der Operation.

Lohnstein.

Baldy: **Die Behandlung der Blasenbeschwerden bei Frauen durch Dilatation der Urethra.** (Med. Record, 29. Febr. 1896.)

Viele weibliche Personen leiden an subacuten Blasenbeschwerden, wie Schmerzen beim Uriniren, Schwere in der Blasengegend und ein Gefühl,

daß die Blase nach dem Uriniren nicht völlig entleert ist. Diese Erscheinungen können nun durch eine Dilatation der Urethra leicht beseitigt werden. B. ist der Ansicht, daß bei Blasenerkrankungen, bei denen das Cystoskop gebraucht wird, in den meisten Fällen die durch die ärztliche Behandlung erzielte Besserung des Leidens darauf zurückzuführen ist, daß bei der Einführung des Cystoskops die Urethra dilatirt wird. Lw.

G. Levy: **Nicht medicamentöse Behandlung der Enuresis nocturna.** (Journ. de méd. No. 9, 1896.)

Die nicht medicamentösen Methoden zur Therapie der genuinen Enuresis nocturna sind die Anwendung der Hydrotherapie und der Electricität. Im Allgemeinen findet die Kaltwasserkur und die electrische Behandlung vornehmlich Anwendung auf die Kinder, deren Natur lymphatisch geartet ist, die bleich und schlaff sind, und wo der Schluß einer Insufficienz des M. sphincter vesicae naheliegt. Laue Bäder, eine calmirende Medication und nur mäßiges Electrisiren ist bei den lebhaften und leicht erregbaren Kindern indicirt. Indessen entscheidet oft erst der Versuch hinsichtlich der Rationalität der Behandlung.

Die lauen Bäder sollen eine Temperatur von 35° haben, zur Verwendung kommt nur Wasser oder auf 10 l Wasser ein Zusatz von 30 g Kleie oder Lindenblüten, doch wirkt letzterer Zusatz mitunter excitirend. Die Bäder sollen vor dem Schlafengehen, mindestens zwei Stunden nach dem Essen genommen werden und 20 Minuten dauern.

Die Kaltwasserbehandlung kommt Morgens nach dem Aufstehen in Anwendung. Im Anfang und im Winter wird man erst heiße schottische Douchen geben, dann kühle; täglich wird man mit der Temperatur heruntergehen. Zweckmäßig gießt man in den einen Eimer Wasser von 35°, in den andern Wasser von 15—16°, später von 10—12°, das aufrecht stehende Kind wird mit einem Schwamm erst mit heißem, dann kaltem Wasser bespült; die ganze Procedur dauere höchstens eine Minute. Danach wird das Kind abgerieben.

Wirkt diese einfache Behandlungsmethode nicht, so haben complicirtere auch keinen andern Erfolg.

Die Anwendung der Electricität erfolgt bei der Enuresis nocturna besonders in zwei Arten, mit dem constanten und mit dem faradischen Strom. Gebraucht man die Galvanisation, so ist der positive Pol auf das Perineum, der negative auf Lende oder Bauch zu appliciren. Man läßt täglich oder alle zwei Tage einen Strom von 10—12 M.-A. 7—8 Minuten lang in Anwendung kommen. Die Heilung ist in der Regel nach zwei Wochen complet, manchmal ist aber die Galvanisation erfolglos.

Der faradische Strom giebt schnelle und sichere Resultate, doch nur bei directer Application auf die Harnorgane. Der positive Pol wird wie bei dem constanten Strom auf Lende oder Abdomen gesetzt, der negative

Pol wird nach der Angabe von Guyon mit einer Sonde verbunden, die vorn eine Olive trägt und in die Harnröhre bis zum M. sphincter eingeführt wird. Nun läßt man einen mäßigen, schmerzlosen Strom vier Minuten lang durchlaufen, der Strom muß aber die Contraction des Sphincter herbeiführen können. Sechs Sitzungen im Intervall von zwei Tagen genügen. Man muß darauf achten, den Sphincter zu tonisiren, nicht zu schwächen, daher nicht den Strom zu stark oder zu lange anwenden. Indessen verursacht der Katheterismus der Harnröhre einen lebhaften Schmerz und entsprechend Widerstand, ist daher nur nach Erfolglosigkeit aller anderen Methoden anwendbar.

In diesem Dilemma bietet die von L. angegebene Methode der Faradisation einen glücklichen Ausweg. Er führt die active Electrode nicht in die Harnröhre, sondern in's Rectum mittelst eines Apparates, der ähnlich dem erwähnten Bougie gestaltet ist, nur dicker aussieht und von Tripier angegeben ist. Diesen führt L. in's Rectum ein bis zum Niveau der Blase, d. i. 7—8 cm oberhalb des Afters, der andere Pol kommt aufs Abdomen im Niveau der Vorderfläche der Blase, die möglchst voll sein soll, um möglichst sich Rectum und Haut zu nähern. Practisch ist diese Methode in einem Falle mit glänzendem Erfolge erprobt, Heilung der Enuresis nach der 9. Sitzung, der faradische Strom war von mäßiger Stärke und cursirte 3—4 Minuten.

Im Falle einer zu großen Stärke des Detrusor der Blase als Ursache der Incontinenz rät L., einen stärkeren und 10—12 Minuten dauernden Strom nach der eben beschriebenen Methode anzuwenden, um so den Muskel zu schwächen. Hz.

Michon: **Heilung einer chronischen incompleten Urinretention mit Ausdehnung der Blase durch antiseptischen Katheterismus ohne Blaseninfection.** (Ann. d. Malad. d. Organ. génit.-urin., Febr. 1896.)

Der Fall betrifft einen 80jähr. Mann, der von häufigem Harndrang gequält wurde, er urinirte 4—5 Mal des Nachts. Schmerzen hatte er keine, jedoch stellten sich die Zeichen chronischer urämischer Intoxication ein: Appetitlosigkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Abmagerung. Die ärztliche Untersuchung ergab die Ausdehnung der Blase selbst nach einer Miction bis oberhalb des Nabels. Dieser Zustand wurde durch Katheterisation, die stets leicht gelang, und durch Auswaschen der Harnröhre mit Borwasser nach drei Wochen gehoben. Seitdem behandelt sich Pat. in derselben Weise selbst, seine Urin- und sonstigen Beschwerden, ebenso die Distension der Blase sind beseitigt. Da Pat. die üblichen Regeln der Antisepsis streng befolgt, ist es nicht zur Blaseninfection gekommen. Hz.

E. Ehrendorfer: **Incontinentia urinae; Operation; Heilung.** (Wissenschaftl. Aerzteges. in Innsbruck, Sitz. v. 15. Nov. 1895. — Wien. klin. Woch. 1896, No. 15.)

Die Pat. wurde nach ihrer X. Entbindung, welche angeblich sehr lange gedauert und eine schwierige Wendung nötig gemacht hatte, incontinent und fand sich bei der Untersuchung die Harnröhre besonders gegen den Blasenhals hin stark nach rechts verzogen, ferner ihrer ganzen Länge nach ihrer Lichtung bedeutend erweitert und erschlafft, so daß der Katheter förmlich in die Blase fiel. Vor einem halben Jahre hat E. an der Kranken die Incontinenzoperation nach Pawlik ausgeführt, die jedoch trotz der hierdurch bewirkten Querspannung der Urethra und Verlegung der Harnröhrenmündung gegen die Clitoris hin keinen Erfolg hatte. Für ein zweites Mal kamen die Methoden von Keilexcision aus dem Septum urethrovaginale mit oder ohne Schonung der Harnröhrenschleimhaut, wie sie von Frank, Winckel, Schulze, Engström ausgeführt sind, oder von spiraliger Drehung der ausgelösten Harnröhre um ihre Längsachse nach Gersuny, oder schließlich eine andere combinirte Methode der Verengung der Harnröhre in Betracht.

E. versuchte den letzteren Weg in folgender Weise: Durch einen Längsschnitt längs der ganzen Harnröhre wurde die Scheidenwand gespalten und nach seitlichen Einschnitten zwei fensterförmige Lappen losgelöst und die Harnröhre bloßgelegt. Hierauf wurde die verlängerte und erschlaffte hintere Harnröhrenwand in ihrem ganzen Verlaufe durch eine vorn beginnende, fortlaufende und versenkte Seidennaht der Quere nach zusammengezogen und verschmälert, wodurch ein medianer Wulst gebildet wurde, der nach innen zu vorspringend die Harnröhrenlichtung verengte. Die äußere, zu weite Harnröhrenmündung wurde nach Keilexcision und Anlegung von Seidenknopfnähten beträchtlich verkleinert und schließlich noch die zwei vorher abgelösten Seitenlappen der Scheidenwand durch Resection ihrer Längsränder verschmälert und über der Wundfläche vernäht, wodurch eine weitere Stütze für die früher schlaff herunterhängende Harnröhre und Scheidenwand gebildet wurde. Heilung der Wunde ohne Störung. Die Kranke, die früher continuirlich Harn verlor, hält jetzt auch im Gehen denselben über $1^1/_2$ Stunden in Menge bis 400 ccm und kann ihn willkürlich entleeren. K.

v. Wunschheim: **Hochgradige Tuberculose der Harnblase.** (Ver. deutscher Aerzte in Prag, Sitz v. Januar 1896. — Wien. Med. Wochenschr. 1896, No. 14.)

Das demonstrirte Präparat stammt von einem 49jährigen Manne, der mit der Diagnose: Tuberculose der harnleitenden Wege, besonders der Prostata und der Harnblase, sowie Tuberculose der Lungen, zur Obduction gelangte. Es fand sich eine bedeutende Erweiterung der Harnblase mit ziemlich beträchtlicher Verdickung der Wandung, welch' letztere wohl

nur zum Teil auf die tuberculöse Erkrankung der Harnblase bezogen werden konnte, z. T. als musculäre Hypertrophie aufzufassen war, deren Ursache in einer Behinderung des Harnabflusses durch die stark vergrößerte Prostata gelegen sein mochte. Das Lumen der Harnblase war erfüllt mit einer sehr stark ammoniakalisch riechenden, urinösen, mit Schleim, Eiter und Blut untermischten Flüssigkeit, welche reichliches Sediment enthielt, das auch die Innenfläche der Harnblase stellenweise inkrustirt hatte. Die Schleimhaut der Harnblase erschien in ihrer ganzen Ausdehnung in eine einzige zusammenhängende Geschwürsfläche umgewandelt, die in den oberflächlichen Lagen verkäst war, und entsprechend dem trabeculären Bau der Blasenmusculatur eine sehr unregelmäßig höckerige Oberfläche mit zahlreichen grubigen Vertiefungen und Nischen aufwies. Von der Harnblase zog sich die Erkrankung direct durch den Blasenhals auf die Urethra hinab, deren Schleimhaut in ihrer oberen Hälfte ebenfalls verdickt und superficiell verkäst, sowie mit Harn-Sedimenten inkrustirt war, so daß schon makroskopisch diese Urethritis mit großer Wahrscheinlichkeit als eine tuberculöse bezeichnet werden konnte. In der Pars prostatica der Harnröhre fand sich eine ca. pfennniggroße Perforationsöffnung mit unregelmäßig zerfressenen Rändern, aus der dicker Eiter hervorquoll und welche in eine fast hühnereigroße, mit verkästen Wandungen versehene Höhle führte, die der sehr vergrößerten Prostata entsprach. Die letztere war durch den tuberculösen Process bis auf ihre peripheren Wandschichten vollständig zerstört. Auch die beiden Samenblasen erschienen verdickt, z. T. oblitterirt und in ihrer Wand verkäst; auch in beiden Nebenhoden fanden sich Herde chronischer Tuberculose und in den Hoden bindegewebige Verödung des Parenchyms. Nach aufwärts von der Harnblase setzte sich die tuberculöse Erkrankung nicht fort, sondern endigte vielmehr scharf an der Einmündigungsstelle der Ureteren.

Die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung ergab in dem Harnblaseninhalte eine enorme Menge von Tuberkelbacillen nebst einem ganzen Gemisch anderweitiger Bacterien, wie sich übrigens schon aus der langen Dauer der Erkankung und der ammoniakalischen Beschaffenheit des Harnblaseninhaltes schließen ließ. Die Tuberkelbacillen waren bereits intra vitam im Harn nachgewiesen worden. K.

Hugo Hellendall: **Ueber die operative Behandlung der traumatischen intraperitonealen Ruptur der Harnblase.** (Inaug.-Dissertat., Strassburg 1896.)

H. stellt unter Zusammenstellung der Litteratur fest: Eine Heilung dieser schweren Verletzung ist nur möglich durch die Laparotomie und Sectio alta (alle anderen Verfahren gaben 100 pCt. Mortalität); 17 geheilten Fällen (1 Fall neu berichtet) stehen 21 Mißerfolge gegenüber, bedingt durch Shok (6), Peritonitis (10), Urinintoxication (5); die Todesursachen in den anderen Fällen sind unbekannt oder zufällig. Er bespricht die verschiedenen

Verfahren zur Stellung der sicheren Diagnose und empfiehlt als sicherstes die Sectio alta. Nach Würdigung der Heilverfahren: Aseptik, Blasennaht, Drainage nach verschiedenen Richtungen (Perineum, Bauchwunde), kommt der Autor zu folgenden Leitsätzen:

1) Möglichst gründliche Bekämpfung der Shok-Erscheinungen durch Analeptica.

2) Baldige Sicherung der Diagnose durch die Sectio alta.

3) Aseptische Reinigung der Bauchhöhle.

4) Blasennaht mit Peritonealfaltennaht und Drainage von der Sectio alta aus. Bei Unmöglichkeit der Blasennaht, Drainage des Douglas und der Blase durch Sectio alta.

5) Schluß der Bauchwunde bis auf die Drainage-Oeffnung.

Mankiewicz.

Gubarew: **Zur operativen Behandlung hoher Blasen-Scheidenfisteln.** (Journal akuscherstwa i schenskich bolesnej. — St. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1896.)

Verf. beschreibt einen Fall von operativer Heilung einer Fistel, die die ganze vordere Lippe einnahm und bis zur Mitte des Cervicalcanals reichte. Das operative Verfahren bestand im Wesentlichen darin, dass die Fistelränder an der Grenze zwischen Blase und Ureter in einer Ausdehnung von $1^1/_2$ cm unterminirt und die auf solche Weise beweglich gemachten Fistelränder mit Erfolg durch Nähte vereinigt wurden.

Li.

Albarran: **Ueber 80 Fälle von Lithotrypsie.** (Vom 9. französischen Chirurgen-Congresse am 21.—26. October 1895. — G.-A., December 1895.)

In 46 Fällen handelte es sich um Phosphatconcremente, 29 Mal um Urate, 4 Mal um Urophosphate, 1 Mal um einen Oxalatstein. 20 Pat. waren über 70, 8 über 78 Jahre, 1 (26 g Uratstein ohne Narcose operirt) über 84 Jahre alt. — Der Durchmesser des größten Concrementes betrug 65 mm, sein Gewicht 78 g. — 76 Mal handelte es sich um Männer, 4 Mal um Frauen, darunter ein 10jähriges Mädchen. — In 60 pCt. aller Fälle war die Blasenschleimhaut inficirt, oder es bestand Prostatismus, Pyelonephritis u. dgl. m. — Nur 8 Mal wurde ohne Narcose operirt, teils wegen einfacher Verhältnisse, teils wegen contraindicirender Momente. — 79 Mal trat Genesung ein, 1 Mal Exitus letalis an Anämie. — Die wegen eines Uratconcrementes nötige Operation war hier innerhalb 20 Minuten glatt verlaufen, keine Autopsie. Verf. empfiehlt im Verlaufe seines Vortrages die Operation gegenüber der Sectio alta unter allen Umständen bei einfachen Verhältnissen (regelmäßiger, leicht ausdehnbarer Blase). Gegen etwa zurückbleibende Fragmente schützt man sich am besten durch sorgfältig geübte Cystoscopie.

Picqué: **Ueber Cystotomia suprapubica.**

In der Société de chirurgie vom 6. Nov. in Paris berichtete Picqué über folgende Cystotomia suprapubica: 73jähriger, an Steinen und Prostatahypertrophie leidender Pat. Nach Entfernung von 12 Concrementen Beseitigung sämtlicher subj. Beschwerden.

Bazy: **Cystotomia suprapubica.** (Soc. de Chirurgie nach Sem. méd. 1896, No. 9.)

B. berichtet über eine Sectio alta, die Mongeot bei einem Prostatiker von 70 Jahren ausführte. Dessen Prostata war sehr gross und die Urinretention eine vollkommene. Ein 6 Monate vor der Operation vorgenommener Katheterismus hatte eine Hämorrhagie zur Folge gehabt. M. führte den Katheter bei erneuter Retention ohne Gelingen ein, machte dann die Sectio alta unter Cocainanästhesie. Bald darauf starb der Pat., da die Blase der Sitz einer schweren infectiösen Cystitis war. B. ist der Ansicht, daß man zum hohen Steinschnitt nur ausnahmsweise bei Prostatikern sich entschließen soll, selbst bei Hämorrhagieen der Prostata; meist genügt ein Verweilkatheter, die Blutung wird gestillt durch Antipyrininjectionen, der Schmerz, den der Katheterismus verursacht, wird durch den Verweilkatheter vermieden. Allerdings hat auch er bei einem Prostatiker die Sectio alta — mit gutem Erfolge — machen müssen. Im Allgemeinen ist die Prognose der Sectio alta bei Prostatikern ungünstig. Routier ergänzt die Mitteilung B.'s dahin, daß die Sectio alta auch in den Fällen nötig ist, wo ein Verweilkatheter nicht ertragen wird, Reynier erwähnt einen Fall, in dem die Sectio alta bei einem Prostatiker wegen eines Blasensteins nötig war. Hz.

Karl Maydl: **Zweizeitige Sectio alta wegen Calculus vesicae urinariae.** (Ver. d. böhm. Aerzte in Prag, Sitz. v. Febr. 1896. — Wien. klin. Rundsch. 1896, No. 17.)

Der 11jährige Patient litt seit frühester Kindheit an Urinbeschwerden. Bei der Sondenuntersuchung konnte ein ca. 3 cm langer Stein constatirt werden, bei der Rectaluntersuchung war ebenfalls deutlich ein Blasenconcrement zu fühlen. Der Urin war eitrig, stinkend und enthielt nebst Staphylococcus pyogenes aureus den Bacillus proteus. Wegen der Beschaffenheit des Urins wurde durch einen medialen Schnitt oberhalb der Symphyse die Harnblase bloßgelegt und uneröffnet an die Bauchmuskulatur in der Wunde angenäht. Die Eröffnung der Blase wurde erst nach vier Tagen, als die Wunde bereits granulirte und die Infection des prävesicalen Raumes durch den stinkenden Urin kaum zu befürchten war, mittelst Paquelin vorgenommen. Das Gewicht des extrahirten Steines betrug 10 g; sein Kern bestand aus Uraten, seine oberflächlichen Schichten aus phosphorsauren Salzen. Die Blase wird einige Male am Tage mittelst einer Irrigationsvorrichtung durchgespült. Heilungsverlauf glatt. K.

Andry (Toulouse): **De la taille sus-pubienne médio-latérale et médio-bilatérale.** (Archiv. prov. de Chirurgie, 1. Jan. 1896. — Annales des mal. des org. gén.-ur., März 1896.)

In Fällen, in welchen es sich um Freilegung eines größeren Abschnittes der Blase handelt, hat Verf. die Combination eines medianen mit dem transversalen Schnitte durch alle Gewebe bis zur Blase mit Erfolg versucht, wie folgende Beobachtung lehrt. — 48jähr. Pat. leidet an einem gestielten, nach der Excision 135 g wiegenden Blasentumor. Da nach der Eröffnung der Blase dieser Stiel schlecht zu erreichen war, wurde Pat. auf die rechte Seite gelagert und hart über der Symphyse ein Transversalschnitt gemacht. Ebenso wurde die Blase incidirt, deren Vorderfläche somit in 4 Quadranten zerlegt war. Die Blasenhinterwand wurde nunmehr von einem Assistenten gehoben und nunmehr gelang es leicht, den Tumor zu exstirpiren und den der Stielinsertion entsprechenden Teil der Blasenschleimhaut zu cauterisiren. Blasennaht und Drainage der Blase. Schnelle Heilung.

Alberti: **Ueber Cystostomia suprapubica nach Witzel mit Krankenvorstellung.** (Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. zu Berlin, Sitz. v. 24. Jan. 1896. — Centralbl. f. Gynäk., 1896, No. 10.)

A. hatte Gelegenheit, die Operation, welche Witzel (Centralbl. f. Chir. 1891, No. 32, pag. 601) nach Analogie seiner Methode der Gastrotomie empfohlen hatte und die — der Litteratur nach — bisher nur zwei Mal zur Ausführung gekommen (Zweifel und Martin, Centralbl. f. Chir. 1893, No. 37 u. 47), auszuführen:

60jährige Pat., wegen Carcinom der Vulva, das auch den größten Teil der Urethra befallen hatte, operirt. Nach Heilung blieb eine Blasenfistel mit Ectropium der Blasenschleimhaut und völliger Incontinenz zurück. Oberer Teil der großen und kleinen Schamlippen, Clitoris und Urethra fehlten; — ein Teil der vorderen Blasenwand und der Scheidenschleimhaut am stark vorspringenden Schambogen angewachsen. Inmitten einer Narbenmasse ein himbeerförmiges Ectropium der Blasenschleimhaut, zum Teil hinter der Symphyse versteckt, aus welchem dauernd Harn fließt.

Operation. Nach möglichster Ausdehnung der Blase durch besonders construirten Katheter mit aufzublasendem Condom und Tamponade der Scheide hoher Steinschnitt, Auseinanderdrängen des praevesicalen Fettes und möglichst hohes Hinaufschieben des Peritoneums. Dann werden zwei parallele Längsfalten der Blasenwand — von rechts oben nach links unten verlaufend — mittelst Kugelzangen aufgehoben, die Blase zwischen den Falten an tiefster Stelle eröffnet, ein mittelstarker Nélaton-Katheter eingeschoben und die Falten mit Lembert'schen Nähten über dem Katheter vernäht; zur größeren Sicherung wird an der tiefsten Stelle noch eine fortlaufende Naht darüber gelegt. Das obere Ende des neugebildeten Canals wird dann durch den M. rectus abdominis dexter gezogen und hier eingenäht. Dann Schluß der Bauchwunde und leichte Tamponade des Cavum Retzii. Der Katheter bleibt liegen.

Nach Heilung der Wunde — 14 Tage nach der Operation — wird die Blasenfistel geschlossen. Um dieselbe ganz freizulegen, mußte die Blase — soweit sie narbig verwachsen war — vom Schambogen abgelöst werden. Nach Abtragen des Ectropiums und Anfrischen der Fistelränder Schluß durch Czerny'sche Naht. Zur Sicherheit wird die Scheidenschleimhaut ausgiebig gelöst und über die Fistel und Narbenmasse gelegt. Glatte Heilung.

Nach erfolgter Heilung wurde der Katheter aus der künstlichen Harnröhre — die gut 4 cm lang geblieben ist — entfernt und wird nur zur Harnentleerung eingeführt, die etwa alle drei Stunden erfolgt. Nachts wird der Urin öfters bis fünf Stunden und länger gehalten. Die Blase faßt bis 300 cg; bei starker Füllung treten einige Tropfen Urin durch die künstliche Harnröhre; die ursprüngliche Blasenfistel ist völlig geschlossen. Die Kranke hat sich sehr erholt und hat keinerlei Beschwerden.

A. empfiehlt das Verfahren für die meisten Fälle von Defecten der Harnröhre, die erfahrungsgemäß schwer operativ zu heilen sind und die auch nach neugebildeter Harnröhre fast immer noch die lästige Incontinenz zurücklassen.

Auch in Fällen von Incontinenz bei unheilbaren centralen Leiden dürfte das Witzel'sche Verfahren zuweilen zweckmäßig sein. K.

O. Witzel (Bonn): **Extraperitoneale Ureterocystotomie mit Schrägkanalbildung.** (Centralbl. f. Gynäkolog. 1896, No. 11.)

Ein sicheres Verfahren für die Wiederherstellung des getrennten Zusammenhanges von Harnleiter und Harnblase ist bisher noch nicht ausgebildet worden. Die Behandlung der Ureterscheidenfisteln ist zwar durch Schede, Mackenrodt und besonders durch Dührssen wesentlich verbessert worden, und es sind auch bereits einige günstig verlaufene Fälle bekannt, in denen die Uterocystotomie im offenen Bauchraume gelungen ist: Der Fall von Krause[1]), in dem es sich um die Heilung einer Ureterscheidenfistel handelte, und der von Veit[2]), in dem ein während der Operation verletzter Ureter sofort in die Blase wieder eingepflanzt wurde. Bei den von diesen Autoren geübten Operationsmethoden bringt das freie Durchführen des vom Bauchfell entlösten Ureters durch die Bauchhöhle gewisse Gefahren mit sich: Die Gefahr der Verwachsung des Stranges mit Baucheingeweiden, die Gefahr der inneren Darmeinklemmung, sowie die einer Abknickung des Harnleiters bei etwaigen Schwangerschaften, event., wenn die Naht zwischen Blase und Ureter nicht hält, Erguss von Harn in die Bauchhöhle und ziemlich sicheren Tod, oder bei der Methode von Veit, der den Ureter extraperitoneal in den Scheitel der Blase einnäht, nur eine extraperitoneale Urininfiltration — weshalb diese Art der Einnähung einen Fortschritt bedeutet.

---

[1]) Centralbl. f. Chir. 1894, No. 9.

[2]) Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 1895.

Das Verfahren von Witzel nun „vermeidet die freie Strangbildung, indem es den Harnleiter extraperitoneal, wenn auch verlagert, zur neuen Einmündungsstelle hinlaufen lässt. Es wird nicht der Ureter an die Blase, sondern die dehnbare Blase an den nicht dehnbaren Ureter extraperitoneal seitlich herangezogen; die Einfügung des Ureters in die Blase unter Bildung eines Schrägkanals gewährt nicht nur die beste Sicherheit der Verbindung, sie ahmt zugleich auch die natürliche Anordnung der Teile in vollkommener Weise nach“.

Genauere Beschreibung der Methode, die W. in zwei Fällen mit Erfolg angewandt hat, ist im Original nachzulesen. K.

Blasensteinoperation. (Progr. méd. 1896, No. 8.)

In der „Société de chirurgie“ sprechen sich mehrere französische Chirurgen, Segond, Lucas-Championnière und Félizet, zu Gunsten des Steinschnittes gegenüber der mit der Gefahr der Infection verbundenen Lithotripsie besonders bei Kindern aus. Dreyer.

Segond: **Ueber die Behandlung der Blasensteine.** (Société de Chirurgie. — La Sem. méd. 1896, No. 11.)

Ueber drei gut verlaufene Fälle von Barette berichtet S. Diese drei Fälle, von denen der eine ein $4^1/_2$ jähriges Kind, der zweite einen älteren Mann mit sehr hartem Stein betraf, der dritte einen Pat., an dem vorher die Lithotritie erfolglos versucht war, sind durch die Sectio alta geheilt worden. S. hält in allen drei Fällen auch die Heilung durch die Lithotritie für möglich, doch darf nicht, wie im letzten Falle von B., die Blase zu sehr gefüllt werden. Ferner rät er zur primären Blasennaht, da bei Drainage Fisteln entstehen können. — Lucas-Championnière hält die Handlungsweise von B. für richtig, da der Chirurg, der nicht in der Lithotritie geübt ist, stets mit besserem Erfolge den Steinschnitt macht. — Félizet verwirft für Kinder die Lithotritie, da diese wegen der Enge der Harnröhre sehr schwierig ist. Hz.

Hayden: **Demonstration eines Blasensteins.** (N.-Y. Academy of Medicine, Genito-Urinary Section, Sitzung v. 12. Febr. 1896. — Med. Record, 22. Februar 1896.)

Hayden zeigt einen Blasenstein im Gewicht von $22^1/_2$ g, den er aus der Blase durch die Sectio suprapubica entfernt hat. Der Fall ist dadurch von Interesse, daß intra vitam keine Symptome vorhanden waren, die irgendwie das Vorhandensein eines Blasensteins vermuten ließen. Der Stein selbst weist eine eigentümliche Gestalt auf. Er läuft nämlich in zwei Fortsätzen aus, und glaubt H., daß er mit diesen in den beiden Uretherenöffnungen der Blase gesessen habe. Diese Möglichkeit wird im Auditorium angezweifelt. Es werden ferner Fälle mitgeteilt, bei denen große Blasensteine nur unbedeutende Symptome verursacht hatten und erst der unternommene

Katheterismus Aufklärung verschaffte. Dieser hat dabei auch nicht selten in Folge unachtsamer Ausführung eine schwere Cystitis erzeugt. Lw.

Lauenstein: **Zwei Fälle von Blasensteinen bei Knaben.** (Aerztl. Ver. in Hamburg, Sitz. v. 10. März 1896. — Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 14.)

L. demonstrirt zwei wegen mehrfacher Blasensteine durch den hohen Steinschnitt operirte und geheilte Knaben, unter Vorlegung der extrahirten Steine.

Der erste Pat., 18 Jahre alt, der ca. 1½ Jahre an typischen hochgradigen Steinbeschwerden gelitten hatte, hatte stinkenden, alkalischen Urin. Man gelangte mit der Steinsonde schon im Blasenhals auf den Stein. Bei der Rectaluntersuchung fühlte man dicht oberhalb des Sphincters eine divertikelartige Vorbuchtung, in der ein großer Stein lag. Bei der Operation wurde der Rectalballon nach Petersen und mäßige Anfüllung der Blase mit Borsäurelösung (150,0) verwendet. Querschnitt durch die Weichteile. Längsschnitt durch die Blase. Dieselbe beherbergte mehrere kleinere Steine und eine große Steinmasse, die sich erst lockern ließ, nachdem zwei Finger der rechten Hand in den Mastdarm und zwei der linken in die Blase eingeführt waren. Der Blasenhals war durch einen zapfenartigen Stein ausgefüllt, auf dem, durch ein Sattelgelenk verbunden, ein großer halbkugeliger Stein articulirte. Wegen der Beschaffenheit des Urins wurde die Blase offen gelassen und tamponirt. Am zweiten Tage, beim Verbandwechsel, wurde noch ein kleiner Stein entfernt. Die Gesamtmenge der fünf Steine wog 51,2 g, sie bestand aus Tripelphosphat als Hauptmasse, außerdem wurden darin nachgewiesen: Harnsäure, harnsaures Ammon, Kalk und Oxalsäure. Heilung in sechs Wochen.

Der zweite Pat., 12 Jahre alt, litt seit vier Jahren an Steinbeschwerden. Vor drei Jahren ging unter achtstündiger Kolik ein erbsengroßer Stein aus der Urethra ab, dann ein Jahr Beschwerdefreiheit. Dann begannen wieder Blasenbeschwerden, ohne aufzuhören. Das letzte Jahr hindurch traten oft Blutungen aus dem After auf. Die Schule konnte er das ganze letzte Jahr nicht mehr besuchen. Zuletzt konnte Pat. weder sitzen noch stehen. Beim Gehen ging er unter dem Ausdrucke größten Schmerzes weit vornübergebeugt. Die Steinsonde passirte die Urethra nicht. Aber die Diagnose ließ sich leicht und zweifellos stellen durch bimanuelle Untersuchung von Mastdarm und Bauchdecken aus. Man fühlte, wie sich in der Blase mehrere Steine gegeneinander scheuerten. Die Blase enthielt vier große Steine, glatt, angedeutet facettirt, abgerundet, von 3,5 cm Breite und Länge, 1,5 cm Dicke. Sie wogen zusammen 63 g und enthielten je einen Kern von Harnsäure mit harnsaurem Ammon, der von einer dicken Schicht kohlensauren Kalkes (selten!) umgeben war. Daneben fand sich phosphorsaurer Kalk und Magnesia. Da der Urin sauer war, wurde die Blasenöffnung durch sechs Catgutnähte geschlossen, die Naht hielt, Pat. wurde nach vier Wochen geheilt entlassen. K.

Michailow: **Ein 300 Gramm schwerer Harnblasenstein.** (Chirurgitscheski Archiv. — Wratsch 1896, No. 17.)

Bei dem 31jährigen Patienten, der über häufigen Harndrang und über unvollkommene Urinentleerung klagte, ergab die Untersuchung starke Cystitis, die auf das Vorhandensein eines Blasensteins zurückgeführt werden konnte. Da die außerordentliche Schmerzhaftigkeit jeden Eingriff von Seiten der Harnröhre verhinderte und die innerliche Verabreichung von verschiedenen Mitteln gar keinen Erfolg hatte, entschloß sich Verf., den Stein zu entfernen. Der Versuch, die Entfernung durch den medianen Steinschnitt zu bewirken, scheiterte an der enormen Größe des Steines, und so sah sich Verf. veranlaßt, zur suprapubischen Operation zu schreiten. Er wurde bei letzterer Operation von einem Assistenten unterstützt, dem die Aufgabe zufiel, den Stein mit dem in die Blase durch eine Perinealwunde eingeführten Finger nach oben zu schieben. Aus der Beschreibung des Operationsganges wäre hervorzuheben, daß bei den Versuchen, den Stein behufs leichterer Entfernung zu zerstückeln, sämtliche dazu verwendete Lithoklasten zerbrachen und Verf. schließlich zu der Nélaton'schen Zange, die bei den Cystenoperationen an den Eierstöcken gebraucht wird, greifen mußte. Erst mit dieser gelang es, den Stein an einer Seite um ein Drittel seines Umfanges zu verringern und zu entfernen. — Die Nachbehandlung verzögerte sich infolge der bestehenden Cystitis. Nach einigen Wochen konnte jedoch der Patient als vollständig geheilt entlassen werden. Lubowski.

Henry Picard: **Trois lithotrities sans chloroforme ni cocaine.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

28jähr. Pat., wegen eines 4 cm im Durchmesser haltenden Concrementes aufgenommen. Operation wegen eines Herzfehlers ohne Narcotica ausgeführt. Trotz angeborener Beckenenge ging die Operation ohne Schwierigkeiten von Statten. Heilung nach einmaliger Zertrümmerung des Concrementes.

2) 68jähr. Pat., Potator strenuus. Bereits früher zwei Mal Sectio alta wegen Uratconcrementen von 7 cm Durchmesser. Später von Zeit zu Zeit Zertrümmerung von Phosphatsteinen, das letzte Mal ohne irgend welches Narcoticum Beseitigung eines großen Concrementes.

3) 57jähr. Pat. mit einem $2^1/_2$ cm im Durchmesser haltenden Phosphatstein. Auch hier gelang die Zertrümmerung ohne Zuhilfenahme von Chloroform und Cocain.

Léon Imbert: **Lithotritie pour calcul urique volumineux, chez un homme de 75 ans. — Considérations sur l'emploi du chloroforme dans la lithotritie.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Pat. leidet seit 30 Jahren an Steinbeschwerden. Die vom Verf. vorgenommene Untersuchung ergab einen 4 cm im Durchschnitt messenden

Stein. Unter Chloroformnarcose Blasenausspülung. Erweiterung der Urethra mittelst Meatotom. Schmerzen des Patienten während der Operation nur gering, ebenso während der ziemlich schwierigen Zertrümmerung selbst. — Pat. überstand die Operation ohne Beschwerden und durfte bereits zwei Tage nach derselben ausgehen. — Nach Verf. ist der gute Verlauf dieser Operationen wesentlich der von Guyon geübten Art der Chloroform-Anästhesie zuzuschreiben, welche, obwohl nur oberflächlich, doch die Sensibilität des Patienten bei gesunder Blase völlig abtötet. Bei gleichzeitigem Bestehen einer Blasenaffection braucht man behufs Erzielung desselben Effectes noch des Morphin, von dem etwa 2 cg einige Minuten vor dem Beginn der Narcose dem Pat. injicirt werden. Sonst kommt man mit dem Chloroform allein aus, besonders wenn man nur leichte Narcosen beabsichtigt. Bei der Lithotrypsie genügen aber nach Verf. diese vollständig, um vollständige Unempfindlichkeit zu erzielen, selbst wenn Pat. noch so wenig betäubt ist, daß er auf die an ihn gerichteten Fragen präcis antwortet. — Hierzu kommt noch, daß die Nachwehen einer derartigen Narcose gleich Null sind. — Aus diesem Grunde empfiehlt Verf. diese Art der Chloroformnarcose in analogen Fällen.

Nicolich: **Ein Fremdkörper der Blase.** (Estratto dal resoconto sanitario di Trieste.)

Bei dieser Beobachtung handelt es sich um einen 25jährigen Mann, der 10 Tage vor seinem Eintritt in die Klinik einen 10 cm langen Strohhalm behufs Erleichterung der Miction in die Harnröhre einführte. Pat. konnte den Halm nicht mehr herausziehen, vielmehr geriet er durch seine Versuche in die Blase, wo er eine schwere Cystitis hervorrief. Nach einigen Versuchen gelang es N. mit Hilfe des Lithotritors, den Fremdkörper zu extrahiren. Die beiden Enden des Strohhalms waren mit Incrustationen von Uraten bedeckt. Nach der Operation hörten die Beschwerden auf. Hz.

Gayet: **Des migrations dans la vessie et dans l'urèthre des sequestres inflammatoires d'origine pelvienne.** (Archives provinciales de chirurgie, Oct. 95. — G.-A., Decbr. 1895.)

20jähriger Patient. Aufgenommen am 10. Mai 1895. Bis zum 10. Jahre gesund, seitdem Fieber und Kopfschmerz 4—5 Monate lang. Hierauf Schmerzen und Schwellung in der rechten Hüfte, Fistelbildung, Ausstoßung eines 3—4 cm langen Knochenfragmentes, später noch Eröffnung weiterer Fisteln. Ankylose des Hüftgelenkes. Im Verlaufe der Krankheit stellten sich Koliken und Beschwerden beim Uriniren ein. Die Untersuchung ergab die Anwesenheit eines Blasenconcrementes. Da die Beschwerden jedoch wieder verschwanden, wurde von einem Eingriffe zunächst Abstand genommen. Erst 2—3 Jahre später Recidiv der Beschwerden; da auch Fieber sich einstellte, wurde Pat. zur Operation in das Hospital überführt. Hier stellte man außer der abgelaufenen Coxitis Folgendes fest: Penis und Scrotum geschwollen und ödematös, ebenso das auf Druck sehr schmerzhafte Peri-

neum. Miction sehr mühsam und schmerzhaft; trüber, nicht hämorrhagischer Harn. Temperatur 40°. Diagnose: Infiltratio urinae in Folge von einem Urethralstein. Operation 11. Mai 1895. Nach vergeblichen Versuchen, ein Katheter einzuführen, Boutonniere. Hierbei stieß man auf ein an einem Ende weiches, am andern Ende glattes Knochenstück von der Dimension einer Linse. — Drainage. Blasenausspülung. — Gleich nach der Operation fiel die Temperatur, der Harn wurde nach täglich zweimaliger Blasenausspülung klar; eine kleine Perinealfistel, die aber keine wesentlichen Beschwerden machte, blieb zurück.

Adenot: **Corps étranger de lavessie.** [Fragment de thermomètre introduit par l'urèthre.] (Société des sciences médicales de Lyon, April 1895. — G.-A., Dec. 1895.)

Der 26jährige Patient hatte sich ein 26 cm langes Thermometer in die Harnröhre eingeführt, der untere Teil des Instrumentes war 4½ cm lang und 8 mm Durchmesser. In der Regio perinealis war das Instrument in Folge vergeblicher Entfernungsversuche abgebrochen und nunmehr in die Blase geglitten. Nach drei Tagen versuchte ein Arzt das noch in der Harnröhre steckende Instrument zu fassen, zersplitterte jedoch sein oberes Ende. Verf. selbst gelang nach genauer Ermittelung (per rectum) des Sitzes des Instrumentes, es per Boutonniere zu extrahiren. Sehr erleichtert wurde die Operation, da der Fremdkörper zwischen Blasenhals und Harnröhre fest eingekeilt lag.

F. W. N. Haultain (Edinburgh): **Bluterguss in die Blase unter dem Bilde eines Aborts.** (Edinb. méd. journ., Febr. 1895. — Centralbl. f. Gynäkologie 1896, No. 3.)

Ein junges Mädchen von 18 J., an Erysipelas erkrankt, verliert eine grosse Menge Blut, anscheinend aus der Vagina, obgleich der Scheidenbefund und die Beschaffenheit der Cervix nicht dafür spricht. Die Pat. ist fast pulslos, die Blutung seit 14 Tagen schon zum zweiten Male, enorm, aber durch wiederholtes Tamponiren scheinbar gestillt. Die Menstruation hatte dreimal gefehlt. Chloroformuntersuchung wegen des desolaten Zustandes nicht möglich. Aufgefallen war beim Untersuchen und Tamponiren außerdem eine gänseeigroße, weiche Geschwulst im vorderen Scheidengewölbe, scheinbar mit der Cervix zusammenhängend. Pat. geht bei einem raschen Aufsetzen plötzlich zu Grunde.

Die Section ergab einen normal großen und normal gelagerten Uterus, Blase sehr ausgedehnt und hypertrophisch, ein gut hühnereigroßes, organisirtes, der Basis adhärentes Blutgerinnsel enthaltend. Die rechte Niere stark vergrössert, voller kleiner Abscesse, im Nierenbecken ausgedehnte tuberculöse Ulcerationen. In dem Ureter fehlt dagegen jede Blutspur oder Färbung, so daß eine jüngst stattgehabte Nierenblutung ausgeschlossen schien. Die Blasenschleimhaut ließ indessen ebenfalls keine Gefäßruptur erkennen.

Zur Annahme Schwangerschaft hatten die obigen Momente der Anamnese und des Befundes geführt. Den continuirlichen Character der Blutung erklärt Verf. aus der Lähmung des Blasensphincter durch die Anwesenheit des Coagulums. K.

Heaton: **Ein Fall von traumatischer intraperitonealer Ruptur der Harnblase bei einer Frau, mit Erfolg durch Laparotomie und Sutur behandelt.** (The Lancet, 11. April 1896.)

Eine 28jährige Frau war im Verlauf einer Prügelei mit ihrem Manne zur Erde gesunken, während dieser mit großer Wucht quer über ihren Unterleib fiel. Unmittelbar darauf empfand sie einen heftigen Schmerz in der unteren Adominalgegend, an den sich ein Anfall von starkem Erbrechen anschloß. Gleichzeitig stellte sich erheblicher Urindrang ein, ohne daß die Verletzte zu uriniren im Stande war. Durch den Katheter wurde eine Menge blutig gefärbten Urins entleert. Der nunmehr nachlassende Harndrang stellte sich indessen bald wieder ein, die Schmerzen nahmen ferner an Intensität zu und das Erbrechen wiederholte sich auch noch öfters. In der Vermutung, daß eine ausgedehnte Ruptur der Blase vorliege, schritt man, 15 Stunden nach dem Unfall, zur Laparotomie. Man fand in der Peritonealhöhle eine große Menge blutiger Flüssigkeit und am Blasenfundus einen bis auf die Schleimhaut gehenden Riß von 3½ Zoll Länge. Der Riß wurde mit einigen 20 Nähten geschlossen, von deren wasserdichtem Verschluß man sich durch Füllung der Blase mit warmem Wasser überzeugte. Die Abdominalhöhle wurde darauf mit warmem, sterilisirtem Wasser ausgewaschen, durch Tupfer trocken gemacht, die Bauchwunde ohne Drainageöffnung geschlossen, mit einem Jodoformgazeverband bedeckt und in die Blase ein permanenter, weicher Katheter eingelegt. Am 11. Tage nach der Operation vermochte Pat. freiwillig zu uriniren und etwa 5 Wochen später konnte sie als völlig gesund entlassen werden. Lw.

Tile: **Zur Frage der Umstülpung der Harnblase.** (Nach einem Vortrag mit Demonstration in der Petersburger medicinisch-chirurgischen Gesellschaft. — Wratsch 1896, No. 13.)

Im Anschluß an die Demonstration von zwei Fällen von umgestülpter Harnblase bei einem 10jährigen Knaben bezw. einem 9jährigen Mädchen bemerkte T., daß derartige Fälle zu den seltensten Erscheinungen gehören. So zeigt die Zusammenstellung von Puech, die 100000 Geburten umfaßt, 454 Mißbildungen; darunter waren nur vier Fälle von Umstülpung der Harnblase. Diese Mißbildung entsteht nach T. in Folge nicht vollständiger Schließung der Bauchwand; in den meisten Fällen pflegt auch die vordere Wand der Harnblase zu fehlen, auch sind bisweilen die Geschlechtsorgane dabei so unentwickelt, daß das Geschlecht des Individuums kaum bestimmt werden kann. Li.

Targett: Cystic and eucystic epitheliomata of the bladder. (Pathological Society of London, Sitzung vom 17. März 1896. — Bericht der Lancet.)

Die Tumoren waren mit maligner Erkrankung der Blase verbunden. Im ersten Fall handelte es sich um einen 61 jährigen Mann, der an einer Geschwulst in der rechten Regio iliaca und hypogastrica und cystitischen Beschwerden litt. Acht Monate lang litt er an fieberhaften Attacken und Beschwerden der Harnentleerung. Die Section ergab ein Divertikel der Blase, das mit fauligem Urin gefüllt, dünnwandig, in der Nähe des Blasengrundes befestigt und von dem Tumor klappenartig verschlossen war. Die Neubildung war weich.

Das Diverticulum war mit einem Bauchfellüberzug versehen und mit Ausläufern des großen Netzes verlötet.

Das primäre war augenscheinlich das Divertikel der Blasenschleimhaut, das secundäre Stadium die maligne Erkrankung, die sich als plattenzelliges Epitheliom erwies.

Der zweite Tumor stammte von einem 63jährigen Mann, der fünf Monate an Hämaturie litt und bei dem sich von dem Schambogen linkerseits bis zum Nabel eine Geschwulst erstreckte. Die Katheterisirung ergab nichts. Bei der Section fand sich eine Ausbuchtung der Blase drei Zoll oberhalb des Schambogens. Die rechte Niere zeigte das Stadium der Eiterung, die linke das der Druckatrophie. Prostata hypertrophisch. In der Blasenwand saß ein plattenzelliges Epitheliom, links davon saß die dünnwandige Cyste. Linker Ureter, Vas deferens und Samenblase nebst Peritoneum waren durch die Cyste von der Blase abgedrängt. Die Wand der Cyste bestand aus welligem, bündelartig angeordneten Bindegewebe ohne Spur von Schleimhautüberzug. Die Höhlung war also anscheinend durch Eindringen von Urin in das Septum recto-vesicale auf dem Wege einer malignen ulcerativen Perforation entstanden. Hier war also die Neubildung primär, die Cyste secundärer Natur. Mode.

H. Fenwick: Cystic tumour of the bladder. (Pathological Society of London, Sitzung vom 17. März 1896. — Bericht der Lancet.)

Hier ging das Diverticulum von dem oberen Teile einer männlichen Harnblase aus. Es trat plötzlich auf, und zwar oberhalb des Schambogens in Form und Größe eines Straußeneies; durch Katheterismus wurde die Geschwulst nicht kleiner. Die Temperatur blieb normal. Bei der Section fand sich der Blindsack mit fauligem Urin und Eiter erfüllt, seine Mündung ging in den Apex vesicae, welcher mit Epitheliommassen vollgestopft war. Mode.

X. Ureter und Nierenbecken.

Routier: **Zwei Fälle von Pyelonephritis.** (Soc. de Chirurgie nach La Médec. mod., 14. März 1896, No. 22.)

R. hat den einen Fall mit Incision und secundärer Nephrectomie behandelt, den zweiten mit Nephrectomie. Im ersten Falle handelte es sich um einen 37jährigen Mann, der beim Tragen von Eis einen heftigen Schmerz in der Niere spürte. Die Untersuchung ergab einen Tumor im linken Hypochondrium, auf dem Niveau der Geschwulst mit den Herzschlägen isochrones Klopfen und starke Abmagerung, die Diagnose der tuberculösen Peritonitis wurde durch eine Probelaparatomie nicht bestätigt, man fand einen mit Flüssigkeit gefüllten Tumor der Niere, die Punction ergab 1 Liter Eiter, während der Harn nur wenig Eiter enthalten hatte. Von der Incision blieb eine Harnfistel, die sich nicht schließen wollte. Daher machte R. die Nephrectomie sechs Monate später, die Heilung war vollkommen. Die Aetiologie dieser Pyelonephritis ist unklar. Im zweiten Fall, der eine Gravida betraf, die schon an einer alten Albuminurie litt, trat anfallsweise Fieber auf zugleich mit Harnstörungen, die Untersuchung ergab einen Tumor in der Nierengegend. Es handelte sich also um eine eitrige Pyelonephritis, die sich von Zeit zu Zeit entleerte. Die Incision ergab sehr viel Eiter, es wurde sogleich die Nephrectomie ausgeführt. Die Heilung ging glatt vor sich. Der Eiter und das Albumen sind verschwunden. Hz.

Bazy: **Ueber Pyelonephritis.** (Nach einem Vortrage in der Pariser chirurgischen Gesellschaft. — Le Progrès méd. 1896, No. 14.)

Die Pyelonephritis entsteht nach B. in der Weise, daß Mikroben, welche eventuell die Niere passiren, in einer Knickung des Ureters festgehalten werden und eine Infection des letzteren herbeiführen, die sich dann auf Nierenbecken und Niere ausdehnt. Die zweckmäßigste Behandlung der Pyelonephritis ist eine einfache Incision, während die Nephrectomie erst in zweiter Linie in Betracht kommt. Letztere könne ebenso leicht abdominal, wie lumbal ausgeführt werden. Casper.

L. Casper: **Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren.** Mit 7 Abbildungen. Berlin 1896, Verlag von O. Coblentz. 71 S.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung, in welcher der Nachweis geliefert wird, daß Poirier 1889 zuerst die Harnleiter des Mannes mit Hilfe des Cystoskops katheterisirte und Brown 1893 am Brenner'schen Instrument die jetzt von anderer Seite als original beanspruchte Krümmung der Einführungsröhre für den Ureterenkatheter anbrachte und zwei Mal bei männlichen Individuen mit Erfolg anwandte, beschreibt

der Autor sein Ureterencystoscop, dessen wesentliche Verbesserungen sind:

1) die Rinne für den Ureterenkatheter ist mit einem Schiebedeckel verschlossen, dessen weitere oder engere Oeffnung die Krümmung des Katheters zu variiren gestattet, dessen gänzliche Entfernung den Katheter im Harnleiter nach Entfernung des Cystoskops zurückzulassen erlaubt;

2) die leuchtende Lampe befindet sich nicht an der Spitze des Schnabels, sondern in der Verlängerung der Längsaxe des Instruments; die Blasenwand wird weniger erwärmt, die Katheterspitze kann besser beobachtet werden; der Schnabel des Instruments ist besser den verschiedenen Fällen anzupassen;

3) durch eine für die leichte Handhabung notwendige Verschiebung des optischen Apparates nach unten um ca. 2 cm ist das Instrument solide, der Weg für Katheter und andere Instrumente gerade; das Bild wird durch ein Doppelprisma nach unten ohne Verschlechterung übertragen.

Auch für die Frau ist ein entsprechend kleineres und dickeres Instrument construirt worden.

In den folgenden Abschnitten wird die Technik des Harnleiterkatheterismus besprochen, die Gefahrlosigkeit des Verfahrens und die möglichste Vermeidung von Blutung, Reizung und Infection hierbei erläutert. Die Ergebnisse der Untersuchung in normalen wie pathologischen Fällen — ob Blase oder Niere der Sitz der Krankheit, welche Niere die erkrankte ist, ob die andere Niere gesund ihre normale Function versieht, ob Steine, Eiter, Tumor, Entzündung die Krankheitssymptome veranlassen, ob ein Hindernis im Ureter (Stein, Strictur, spastische Strictur) vorhanden u. s. f. an klinischen, gut beobachteten Fällen — werden klar gestellt; auch die Bedeutung des frühzeitigen Harnleiterkatheterismus bei Ureterenverletzungen oder noch besser das Einlegen von Kathetern in die Ureteren bei für letztere gefahrvollen Operationen (Uteruskrebs) wird zur Sprache gebracht.

Poirier's und Brown's Veröffentlichungen werden im Anhang im Urtext abgedruckt. Diese Monographie ist der erste Merkstein für eine neu geschaffene Diagnostik der Erkrankungen der oberen Harnwege. Ich empfehle ihr eingehendstes Studium. Mankiewicz.

F. Krause: **Geheilte schwere Eiterung des Nierenbeckens.** (Aerztl. Verein in Hamburg, Sitzung v. 22. Oct. 1895. — Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 6.)

Die 62jährige Kranke wurde im März 1895 wegen eitrigen Blasencatarrhs in's Krankenhaus geschickt. Der Harn reagirte sauer, Menge

durchschnittlich 1200 ccm, specif. Gewicht 1015; er war sehr eiweißreich, enthielt sehr viel Eiter, keine weiteren Formelemente. Die Blase erwies sich bei der Untersuchung als gesund, dagegen war die linke Niere vergrößert, ihr unterer Pol als harter, auf Druck schmerzhafter Tumor mit glatter Oberfläche deutlich zu palpiren. Am 23. März wurde mittelst schrägen Centralschnittes die Niere freigelegt; am unteren Pol war das Peritoneum so fest verwachsen, daß es nicht stumpf abgelöst werden konnte, es wurde daher resecirt und sofort durch Naht geschlossen. Die Niere wurde aus der Fettkapsel ausgeschält und luxirt, sie erwies sich als in der Längsrichtung beinahe doppelt so lang als in der Norm, im queren Durchmesser dagegen war nur das untere Drittel verdickt. Nachdem die ganze Wundhöhle mit steriler Gaze ausgestopft worden, wurde die Niere durch den anatomischen Schnitt von der Convexität her in 2 Teile gespalten, während ein Assistent den Hilus comprimirte. Es entleerte sich eine größere Menge dünnflüssigen Eiters aus dem Nierenbecken. In dessen unterem Abschnitt befand sich ein über wallnußgroßer Stein ($3^1/_2$ cm lang, $2^3/_4$ breit, 2 dick), der zwei fingerförmige Fortsätze — Ausgüsse der Nierenkelche — zeigte; im oberen Teil des Nierenbeckens waren noch einige kleinere Concremente vorhanden. Das Nierenparenchym sah verhältnismäßig gut aus, dagegen zeigte das ganze Nierenbecken die Zeichen der schwersten eitrigen Entzündung und vielfach Geschwürsbildung.

In diesem Zustande die Niere zu versenken, wäre sinnlos gewesen, da die eitrige Pyelitis dann weiterbestanden hätte. Es wurde beschlossen, diese zunächst zur Heilung zu bringen. Zu dem Zwecke wurde die Niere, aufgeklappt wie ein offenes Buch, in der Wunde befestigt und zunächst zur Stillung des Blutes und zum Abschluß der frischen Wundflächen für mehrere Tage mit steriler Gaze tamponirt. Die Temperatur hielt sich in den ersten 2 Wochen nach der Operation auf derselben Höhe wie vorher (37,8—38,8), von da an wurde sie normal. Der Harn der operirten Niere floß natürlich durch den Verband nach außen, die andere Niere sonderte in den ersten beiden Tagen nach der Operation 500 und 300 ccm Harn ab, allmählich hob sich diese Menge unter vielfachen Schwankungen bis auf 750 ccm. Dieser aus der Blase entnommene Urin enthielt nur in den ersten Tagen Eiter, der offenbar noch aus dem operirten Nierenbecken durch den Ureter herabgeflossen war; schon am neunten Tage nach der Operation war der Blasenharn so gut wie klar. Während beim ersten Verbandwechsel am dritten Tage nach der Operation aus dem freiliegenden Nierenbecken sich noch ziemlich viel Eiter entleerte, war diese Eitermenge schon am siebenten Tage nur gering. Von dieser Zeit ab wurde das Nierenbecken mit Ausspülungen namentlich von Lapislösung behandelt, um den eitrigen Catarrh in ähnlicher Weise zu beeinflussen, wie wir das bei Catarrhen der oberflächlichen Schleimhäute zu thun pflegen. Die Besserung des entzündeten Nierenbeckens zeigte sich sehr bald; allmählich zog sich auch die Wunde zusammen, Ende April war die aus der Blase stammende tägliche Harnmenge bis auf 1200 ccm gestiegen, ein Zeichen, daß sich auch von der

operirten Niere der größte Teil des Urins in die Blase entleerte. Mitte Juni — 12 Wochen nach der Operation — war die Wunde bis auf 2 Fisteln geschlossen. Durch diese wurden immer noch Einspritzungen von Höllensteinlösungen vorgenommen; die Kranke wurde weiterhin ambulant behandelt. Sie hatte an Gewicht um 7 kg zugenommen, befand sich außerordentlich wohl; der Urin war klar, sauer, zeigte nur hin und wieder Spuren von Eiweiß, keine Formelemente. Die beiden Fisteln schlossen sich nach Cauterisirung mit dem Paquelin.

Die Frau wird nun, 7 Monate nach der Operation, im besten Wohlbefinden vorgestellt. Sie hat in der Zwischenzeit einen Kolikanfall von Seiten der anderen Niere gehabt, der aber in wenigen Tagen vorübergegangen ist. Der Urin ist normal bis auf hin und wieder sich zeigende Spuren von Eiweiß; seine Menge beträgt wie vor der Operation im Durchschnitt 1200 ccm.

K.

W. Rubeska (Prag): **Prof. Howard A. Kelly und seine Erfindungen auf dem Gebiete der Harnkrankheiten.** (Centralblatt f. Gynäkol. 1896, No. 4.)

Unter genauerem Eingehen auf die Entstehungsgeschichte des Pawlikschen Endoscops für die weibliche Harnblase[1]) und auf die Veröffentlichungen von Kelly über die Katheterisation der Ureteren[2]) und die Cystoskopie der weiblichen Harnblase[3]) kommt R. zu dem Schluss,

1) dass es keinen Kelly'schen Ureteralkatheter giebt und

2) dass die sogenannte Kelly'sche Cystoskopie ganz und gar Prof. Pawlik, angehört. K.

Howard A. Kelly (Baltimore): **Meine Arbeit über die Krankheiten der weiblichen Harnwege. Antwort auf Mitteilungen des Herrn Prof. W. Rubeska.** (Centralbl. f. Gynäkol. 1896, No. 19.)

Die Behauptungen von Rubeska, „dass es keinen Kelly'schen Ureteralkatheter“ giebt und „dass die sogen. Kelly'sche Cystoskopie ganz und gar Prof. Pawlik angehört“, werden als absolut falsch bezeichnet. K. glaubt unter ausführlicher Mitteilung dessen, was er seinerzeit in der Klinik von Pawlik gesehen und an der Hand seiner zahlreichen Mitteilungen über die fraglichen Instrumente und Methoden nachweisen zu können, dass dieselben sein geistiges Eigentum seien. K.

---

[1]) Internat. med. Congr. in Rom 1894. — Centralbl. f. Gynäkol., 5. Mai 1894.

[2]) The ureteral catheter. Amer. journ. of obst. 1892, Vol. XXV, Juni. — Catheterization of the ureters. Ann. of Gyn. and pald., August 1893.

[3]) The direkt examination of the femal bladder etc. Amer. journ. of obst. 1894, Vol. XXIX, Januar. — The cystoskope. Amer. journ. of obst. 1894, Vol. XXX, Juli.

XI. Niere.

A. Alsberg: **Zur Dystopie der Nieren: Exstirpation einer im kleinen Becken gelegenen linken Niere.** (Aus der chirurg. Abth. d. israel. Krankenhauses zu Hamburg.)

Verf. beschreibt einen Fall von wahrscheinlich congenital verlagerter und im kleinen Becken fixirter linker Niere, welche wegen bestehender heftiger Schmerzen auf Wunsch der Patientin trotz der sehr unsicheren Diagnose — es wurde ein im Ligamentum latum liegendes Myom angenommen — operirt wurde. Es fand sich eine dystopirte Niere mit zwei aus dem Nierenbecken entspringenden und sich später vereinigenden Ureteren. Die Entfernung wurde wegen starker Verletzung der Nierensubstanz durch Museux'sche Zangen notwendig. Außerdem war, wie sich später herausstellte, der eine Ureter durchgerissen worden. Die Heilung erfolgte trotz intercurrenter Pneumonie reactionslos.

Im Ganzen sind mit Einschluß des vorliegenden bisher sechs Fälle von dystopischen Nieren Gegenstand eines chirurgischen Eingriffs gewesen. Zwei Mal handelte es sich um Pyonephrose, drei Mal um gesunde Niere, ein Mal wurde die verlagerte Niere gelegentlich einer andern Operation gefunden. Zwei Mal wurde die Niere exstirpirt, darunter ein Mal eine überzählige, ein Mal wurde nur ein Stückchen entfernt und dann die Operation abgebrochen. In allen Fällen war die Diagnose niemals eine absolut sichere und Verf. ist der Ansicht, daß eine dystopirte normale Niere bei durchaus richtiger Diagnosenstellung wohl niemals die Indication zu einer Operation abgeben wird. In jedem Fall wird man bei zweifelhaften Unterleibstumoren dieser Anomalie eingedenk sein müssen. Dystopirte Nieren können gelegentlich auch ein Geburtshindernis abgeben. In solchem Fall würde man wohl eher zur Frühgeburt bezw. Kaiserschnitt schreiten. Stockmann.

Dr. Rosenel: **Die pathologisch-anatomische Veränderung der Nieren bei Scharlach.** (Dissertation.) (Medicinskoe Obosrenie, Juli 1895.)

Verf. durchforschte die die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nieren bei Scharlach betreffende Litteratur und gelangte auf Grund derselben zur Ueberzeugung, daß es vorläufig noch nicht möglich ist, sich ein klares Bild von diesen Veränderungen zu machen. Das wird einerseits dadurch bedingt, daß man die primäre Nephritis von der, die nach dem Scharlach auftrat, nicht genau unterschied, und andererseits dadurch, daß man weder die Complicationen der Krankheit, noch die vorausgegangenen Erkrankungen berücksichtigte, welche schon an und für sich Affectionen der Nieren hervorzurufen im Stande waren.

Verf. stellte nun eine Reihe von Untersuchungen an unter genauer

Gruppirung des Materials auf Grund der Ergebnisse der Anamnese und der klinischen Beobachtung. Die gesamten, 23 Fälle umfassenden Untersuchungen werden vom Verf. ausführlich beschrieben und deren Ergebnisse folgendermaßen resumirt:

Die anfängliche scarlatinöse Nephritis äußert sich in einem entzündlichen Oedem, welches bisweilen einen so hohen Grad erreichen kann, daß die Nierenfunction in Folge der Compression der Canälchen und der Corpora Malpighii gänzlich gestört wird; das Epithel der Canälchen leidet dabei wenig, ebenso wenig ist von einer Desquamation des Epithels der Bowman'schen Kapseln und der Corpora Malpighii zu sehen; die Kapselhöhle enthält gewöhnlich serös-fibrinöses Exsudat. Bei der Complication des Scharlachs mit septischer Diphtherie treten sehr deutlich die Veränderungen des Epithels bis einschließlich zur Necrose der Parenchymzellen hervor mit sämtlichen nachträglichen klinischen Erscheinungen. In den Fällen, in welchen der Scharlach mit Pyämie complicirt ist, beobachtet man diffuse oder circumscripte Infiltration des Nierengewebes mit Granulationselementen.

Bei der postscarlatinösen Nephritis hat man es in erster Linie mit Veränderungen in den Glomerulis zu thun (Glomerulo-Nephritis), die krankhafte Veränderung ergreift jedoch nicht alle Glomeruli auf einmal und auch nicht alle in demselben Grade. Das Epithel sowohl des Glomerulus wie der Kapsel schwillt an und schilfert ab. In der Kapselhöhle sammelt sich fibrinöses Exsudat an, welches sich mit den abgeschilferten Zellen zu einer körnig-fibrinösen Masse vermischt. Die letztere gelangt sodann weiter in die Harncanälchen und erschwert den Harnabfluß, was seinerseits zur Auflösung sowohl der Kapseln, wie der Canälchen führen kann. Li.

Guillenimot: **Anomalie des artères rénales.** (Journ. de l'anat. et de la Physiol. 1895, No. 4. — Wien. klin. Woch. 1896, No. 17.)

G. beschreibt eine vollkommen symmetrische Anomalie der Nierenarterien. Beiderseits entspringen ca. 8 cm über der Bifurcation 3 getrennte Arterien aus der Aorta und gehen unverzweigt in die Nieren. Die mittlere, der normalen Nierenarterie entsprechend, geht zum Hilus der Niere und versorgt den größten Teil derselben mit Blut; ein oberes und ein unteres Gefäß versorgen je 2 bis 3 Pyramiden der entsprechenden Nierenpole. Unter den vielen schon beschriebenen Anomalien der Nierenarterien konnte G. keine dieser analoge auffinden. K.

P. Marie: **Ueber cyclische Albuminurie.** (La Sem. Médic. 1896, No. 7.)

M. stellt einen 32jährigen Mann vor, der höchst interessante Symptome der cyclischen Albuminurie zeigt. Pat. acquirirte im Alter von 14—15 Jahren

eine recht hartnäckige Bronchitis. Herzpalpitationen daneben ließen die Diagnose einer Herzaffection stellen. Als Soldat zeigte Pat. sich der Anstrengung nicht gewachsen, er fühlte sich zu schwach, bekam Herzpalpitationen und Hämoptysen. Da er zudem hustete, so wurde er mit der Diagnose der Lungenphthisis entlassen. Pat. konnte, da er sich zu schwach fühlte, sein Handwerk als Tischler nicht betreiben, er suchte das Krankenhaus auf, da seine Bronchitis sich nicht minderte. Die Untersuchung ergab keine Tuberkelbacillen, dagegen beobachtete man eine Albuminurie, die während der Bettruhe aufhörte, aber stets auftrat, sobald der Pat. aufstand und ging. Das ist das Characteristische der cyclischen Albuminurie, daß eine transitorische Albuminurie existirt, die verschwindet, so lange Pat. im Bett ist, auftritt, sobald er die verticale Position einnimmt und geht. Nur diese Momente kommen in Frage, dagegen nicht die Tageszeit, auch nicht körperliche Anstrengung; denn, selbst wenn Pat. sehr anstrengende und ermüdende Uebungen im Bett macht, tritt nicht Albuminurie ein. Es genügt aber schon die aufrechte Stellung, um die Albuminurie zu erzeugen. Die cyclische Albuminurie hat das Characteristicum, daß sie bei scheinbar gesunden Menschen auftritt, entsprechend einem verschiedenen Einflüssen unterworfenen Modus. Es kommt oft vor, daß man die cyclische Albuminurie zufällig entdeckt, wenn Personen einmal ganz genau untersucht werden; in einer anderen Reihe von Fällen wird aber der Arzt von Personen consultirt, die eine allgemeine Schwäche empfinden, schon bei geringen Anstrengungen ermüden, eine Schwere in den Gliedern fühlen, oft außerdem an Herzpalpitationen, Kopfweh und sogar Schwindel leiden. M. warnt in solchen Fällen vor der oberflächlichen Diagnose der Neurasthenie, denn Neurasthenie ist nicht eine Krankheit, sondern ein Zustand des Nervensystems, der die verschiedensten Ursachen haben kann. Oft zeigt sich Neurasthenie bei Diabetikern und Albuminurikern. Auch in vorliegendem Falle zeigte Pat. allgemeine Schwäche, Herzpalpitationen, Kopfweh und Schwindel schon beim Militär im Jahre 1885, es ist zweifellos, daß Pat. schon damals an der Krankheit litt. Auch die bei der cyclischen Albuminurie vorkommenden Blutungen kommen im Falle von M. zur Beobachtung; während aber gewöhnlich Epistaxis beobachtet wird, hatte Pat Hämoptysen. Diese Tendenz zu Hämorrhagien zeigte sich auch bei einer Zahnextraction, wobei Pat. mehrere Stunden blutete. Daß die cyclische Albuminurie intermittirend ist, lehren alle Beobachtungen, gerade diese Intermittenz, Aufhören während der Nacht, Auftreten während der Tagesbeschäftigung ist frappirend. Indessen gehören nicht alle Fälle von intermittirender Albuminurie zur cyclischen Albuminurie. Streng von ihr zu trennen ist die sogenannte transitorische Albuminurie. Diese wird hervorgerufen durch gewisse Hautreize, so hat Spiegler bei 100 Krätzkranken in jedem Falle Albuminurie gefunden. Die Personen mit transitorischer Albuminurie leiden nicht an den Beschwerden der cyclischen Albuminurie, d. h. Herzpalpitationen, Kopfweh, allgemeiner Mattigkeit, Schwindel, Blutungen; die aufrechte Position übt bei ihnen keinen Einfluß. — Die Ursachen der cyclischen Albuminurie sind vielfach er-

forscht worden, als die hauptsächlichste gilt die Ernährung, das Albumen erscheint einige Zeit nach dem Essen im Harn, andere Autoren beschuldigen die Erkältung und besonders die kalten Bäder. Doch scheinen diese Ursachen für die Entstehung der cyclischen Albuminurie nicht in Betracht zu kommen, der Pat. von M. wird durch keine dieser Ursachen beeinflußt. Die hauptsächlichste Ursache ist unstreitig die aufrechte Position, daher der Name Stirling's „postural Albuminurie" wohl am Platze ist. Auch die sitzende Stellung selbst mit heftiger Arbeit ruft nicht Albuminurie hervor, Aufstehen und Gehen aber alsbald. Beim Kranken M.'s kann diese Albuminurie aber auch in der vollkommensten Bettruhe eintreten, wenn Pat. durch einen lebhaften Streit etc. erregt wird. Die Menge des Eiweißes bei der cyclischen Albuminurie ist stets gering, höchstens 1 g im l, im Allgemeinen 0,2—0,6 g. Es besteht aus Serumalbumin, Nucleoalbumin etc. Die Menge des Urins ist wenig geändert, seine Dichtigkeit 1020—1030; sehr bemerkenswert ist aber der urologische Cyclus, den Teissier gefunden kat. Dieser characterisirt sich 1) durch übermäßige Ausscheidung der Harnpigmente, 2) durch übermäßige Ausscheidung von Uraten, 3) durch Albuminurie, 4) durch übermäßige Ausscheidung von Harnstoff. — Die cyclische Albuminurie betrifft meist Männer; bei 55 Beobachtungen, die Dubreuilh gesammelt, sind 49 Männer und 6 Frauen beteiligt. Was das Alter anlangt, so ist die cyclische Albuminurie eine Krankheit der Kindheit und der Jugend, ihre größte Häufigkeit zwischen 15 und 25 Jahren, selten ist ihr Beginn über 30 Jahre, doch kommt sie nach Heubner oft auch bei Kindern unter 15 Jahren vor. Die Ursachen der Krankheit liegen sehr im Dunkeln, ein Teil der Autoren nimmt eine vorhergegangene Nierenaffection an, ein Teil als Ursache Erkältung, eine Infectionskrankheit etc. Ein sicheres ätiologisches Moment ist die Heredität. So kommt die cyclische Albuminurie besonders bei Nachkommen von Gichtikern und Arthritikern vor.

Um die Natur des Vorganges zu erklären, hat man die verschiedensten Theorien aufgestellt. Senator u. A. haben die Nahrungsmittel angeschuldigt, es soll die in Folge der Mahlzeit größere Masse von Bluteiweiß durchtreten oder es soll sich das Nahrungseiweiß so zersetzen, daß es leichter durch das Nierenfilter durchgeht. Pavy hält die Albuminurie für eine reine Dyscrasie. Teissier denkt sich deren Entstehung durch Langsamkeit und Unvollkommenheit der Eiweißoxydation veranlaßt. Die meisten Autoren nehmen als Ursache der cyclischen Albuminurie eine Alteration der Nierensubstanz an, eine latent verlaufende Nephritis. M. ist nicht der Meinung, da der Zustand seines Pat. schon seit 7 Jahren der gleiche ist, keine Zeichen der chronischen Nephritis aufgetreten sind. Er hält die cyclische Albuminurie für eine functionelle, von Nierenerkrankung unabhängige Albuminurie. Der Pat. M.'s hat eigentümliche Sensationen von Atembeschwerden, von Druckgefühl auf der Brust, von Ballotiren der Niere und dergl. während der Albuminurie, so daß die Annahme einer Störung der visceralen Nerven, d. h. des N. sympathicus nahe liegt. Ein weiterer Beweis dafür liegt darin, dass, wenn Pat. saure Nahrung zu sich nimmt oder besser noch

in ein Bad von 40° gebracht wird, nur die linke Gesichtshälfte Vasodilatation und Schweiß producirt, der übrige Körper kaum etwas. Somit ist der Sympathicus bei dem Pat. sicher die Ursache der cyclischen Albuminurie.

Die Therapie des Leidens ist eine symptomatische. Man kann den Zustand mit seinen Erscheinungen des Kopfwehs, Schwindels etc. eine venale Migräne nennen. Somit ist das Antipyrin brauchbar und genügt zu 3 g mitunter, um einen Anfall des Pat. zu coupiren. Denn, wie die Migräne vom Sympathicus als Ursache ausgeht, ist es auch die cyclische Albuminurie, und es bietet auch die Migräne durch das gleiche Heilmittel eine Aehnlichkeit dar. H z.

Bonnier: **Ein Fall von Gewerbskrampf bei Morbus Brightii.** (Soc. de Biologie zu Paris, nach Sem. méd. 1896, No. 10.)

B. hat einen Kranken beobachtet, der als Telegraphist am Morseapparat nach überstandenen Pocken einen Telegraphenkrampf bekam, d. i. Contractur des Daumens, clonische Krämpfe des Armes und der Schulter und eine große Zahl von Zeichen der Bright'schen Krankheit. Milchdiät befreite den Kranken vom Krampf, Aufgabe derselben führte ihn zurück, er schwand wieder nach Wiederaufnahme der Diät. Es kann also ein Gewerbskrampf ein Symptom des Morbus Brightii sein und durch die dabei übliche Diät beseitigt werden. Hz.

Weigelt: **Zur pathologischen Anatomie der Haut bei chronischen Nephritiden.** (Petersburger Dissertation. — Medicinskoe Obosrenie 1896, No.8.)

Es gilt als eine längst festgestellte Thatsache, daß zwischen der Thätigkeit der Nieren und der der Haut ein gewisser Zusammenhang besteht. Bei chronischer Nephritis sind von verschiedenen Beobachtern bei den betreffenden Patienten besondere krankhafte Veränderungen der Haut, wie Blässe, Schlaffheit und ödematöse Schwellung namentlich des Unterhautzellgewebes, constatirt worden. Verf. unternahm nun eine Reihe von Untersuchungen, um die Veränderungen der Haut der Nephritiker vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus zu bestimmen; im Ganzen wurden 15 Fälle von chronischer Nephritis teils parenchymatöser, teils interstitieller Natur untersucht; meist jedoch waren die beiden Processe combinirt. Er stellte folgende Hautveränderungen fest: Vacuolisation des Rete Malpighii, Auseinanderschiebung der Bündel der bindegewebigen Schicht, Dehnung der Schweißdrüsen, deren Epithel teils unverändert, teils aber fettig degenerirt ist; Anhäufung von Granulationselementen namentlich in der Nähe der Gefäße mit teilweisem Uebergang in festes Bindegewebe; häufige Blutergüsse; ödematöse Veränderungen in den Hautnerven, bisweilen mit Verlust der Myelinsubstanz. Der Granulationsprocess und das Oedem sind besonders scharf in Fällen von interstitieller Nephritis ausgeprägt. Lubowski.

Schnaubert: **Ueber die Wirkung der Milchdiät auf die Harnabsonderung.** (Wratschebnyja Sapisski. — St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1896, Juni.)

Verf. hat die Wirkung der Milch auf Harn und Harnabsonderung beim gesunden Menschen einer Prüfung unterzogen und gelangte durch seine Versuche zu folgendem Ergebnis:

1) die Milch besitzt zuweilen in mäßigem Grade harntreibende Eigenschaften. Diese Erscheinung ist jedoch nicht beständig;

2) die diuretische Eigenschaft der Milch ist am ausgeprägtesten bei ausschließlicher Milchdiät, bei Hinzufügen einer Speise oder einer anderen Flüssigkeit zu der Milch nimmt sie ab;

3) in Bezug auf Wasserausfuhr aus dem Organismus ist die Milchdiät sehr ähnlich einer gemischten Kost, die ihr dem Wassergehalte nach äquivalent ist. Der Uebergang zu reichlicherem Genusse von Milch ist der Wirkung nach ähnlich einer vermehrten Wasserzufuhr im Allgemeinen. Der Uebergang zur spärlichen Milchdiät ist gleichwertig einer Entziehung von Flüssigkeit überhaupt;

4) die abgesonderte Harnmenge bei der Milchdiät ist bedingt sowohl von dem Wasservorrat im Organismus, wie auch von der unabhängigen Thätigkeit der Nieren;

5) bei vermehrter Wasserausfuhr durch den Darm (Diarrhoe) oder durch die Haut (Schweiß) während einer Milchdiät vermindert sich die abgesonderte Harnmenge. Li.

Hale White: **Acute nephritis due to oxalic acid poisoning.** (Pathological Society of London, Sitzung vom 17. März 1896. — Bericht der Lancet.)

Der erste Fall verlief tötlich, offenbar in Folge von Urämie, sechs Tage nachdem die Oxalsäure getrunken worden war. Die Section ergab acute Nephritis im Bereich der Tubuli und mehrere feine Anhäufungen von Oxalsäure-Kristallen. Weder Oedem, noch vermehrte Pulsspannung, noch Hämaturie, noch Lendenschmerzen hatten sich eingestellt. In den vorliegenden zwei Fällen bestanden die Symptome im Wesentlichen in dem spärlichen (im letalen Falle bestand fast totale Anurie) und eiweißhaltigen Urin. Der Urin enthielt granulirte und Epithelial-Cylinder, sowie Kalkoxalat-Kristalle. Dies fand sich gleich in dem erst entleerten Urin. In dem Falle, der in Genesung überging, verschwanden die Kristalle nach 24 Stunden; das Eiweiß blieb 4 Tage, die Cylinder eine Woche. Die Urinmenge nahm vom 5. Tage ab allmählich immer mehr zu (sogar übernormal), war blaß und von niedrigem specifischen Gewicht. Nach 7 Tagen zeigte sich eine große Menge Phosphat im Urin und daraufhin ziemlich viel Harnsäure. In dem letal verlaufenden Falle blieben Oxalate und Albumen bis zuletzt im Urin und die entleerte Urinmenge betrug etwa 1 Drachme und 4 Unzen. Mode.

Ajello und Parascandole: **Zur Pathogenese der Urämie.** (Lo Sperimentale, April 1895. — Wiener med. Wochenschrift 1896, No. 12.)

Durch Versuche an 82 Kaninchen und Hunden konnten A. u. P. nachweisen, daß die Tiere selbst eine doppelseitige Nephrectomie um länger als die doppelte Zeit überleben, wenn ihnen subcutan ein nach Brown-Séquard's Methode dargestellter Nierenextract injicirt wurde. — Aus diesen Versuchen muß demnach geschlossen werden, daß auch den Nieren eine Art interner Secretion zukomme, und daß die Störung dieser die Symptome der Urämie hervorrufe. Jedenfalls erscheinen analoge Injectionen auch beim Menschen genügend indicirt und dürften wohl befriedigende Resultate geben.

Otto Rommel: **Die Ausscheidung der Alloxurkörper bei Gicht und Schrumpfniere.** (Zeitschrift für klin. Med. 1896, 30. Bd., 1. u. 2. Heft.)

Während Kolisch die Meinung vertritt, daß bei Gicht die Menge der ausgeschiedenen Alloxurkörper stets vermehrt, die Quantität der Harnsäure um so geringer sei, je mehr die Nieren afficirt seien, da bei Nephritis die Alloxurbasenmenge steige, hat Schmoll in einem Gichtfalle eine durchaus nicht mittlere Höhe von Alloxurkörpern constatirt, hat ferner Weintraud[1]) gezeigt, daß die Alloxurkörperausscheidung in Fällen chronischer Gicht gegenüber der Norm weder erheblich erhöht, noch erheblich vermindert ist, daß bei sehr heruntergekommenen Individuen mit geringem Eiweißumsatze die absoluten Alloxurkörperwerte zuweilen geringer sind, als beim Gesunden, und daß nur im Anschluß an den acuten Gichtanfall gelegentlich eine starke Vermehrung der Alloxurkörperausscheidung im Urine sich nachweisen läßt. — R. untersuchte die Ausscheidung der Alloxurkörper in einem Falle von Gicht und von Schrumpfniere. In dem zweifellos chronischen Gichtanfalle war nur eine mittlere Höhe der Alloxurkörperausscheidung zu constatiren; trotz gleichzeitiger vorgeschrittener Granularatrophie sind die Harnsäurewerte denen eines Gesunden entsprechend. Es ist danach nicht angängig, die Gicht als Krankheit der Alloxurdiathese zu bezeichnen, und man wird wohl anerkennen müssen, daß die Bestimmung der Alloxurkörper zur Erklärung der Gicht bisher keine wesentlichen Gesichtspunkte geliefert hat.

Der zweite Fall betrifft eine typische Granularatrophie aus unbekannter Ursache, Gicht und Bleivergiftung sind ausgeschlossen. Die Untersuchung ergab die Ausscheidung von übernormalen Alloxurkörpermengen, so daß also auch ohne Gicht, ohne hohen Nucleïngehalt der Nahrung und ohne Leucocytolyse eine Alloxurdiathese statthaben kann. Durch die außerordentlich hohen Harnsäurewerte in diesem Falle hochgradiger Nieren-Erkrankung wird außerdem gezeigt, wie wenig berechtigt die Anschauung ist, welche die Harnsäurebildung allein in die Nieren verlegt. „Es dürfte wohl

[1]) Charité-Annalen, Bd. XX.

nun mit Bestimmtheit auszusagen sein, dass die Theorien von Kolisch über die Beziehungen der Alloxurkörper bei Gicht und Nephritis dem thatsächlichen Verhältnis nicht entsprechen.“ K.

Leopold Fellner: **Ueber Wanderniere und deren Behandlung mittelst Thure Brandt'scher Massage.** (Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 10—12.)

Ueber die Bedeutung der beweglichen Niere für die Gesundheit der mit dieser Anomalie Behafteten sind diametral entgegengesetzte Ansichten von den Autoren geäußert worden. Während Rosenstein[1]) ihr kaum eine Bedeutung beimißt, und Lawson Tait ihr Vorhandensein überhaupt leugnet, schreiben ihr Lindner[2]) und F. Keppler[3]) den tiefgehendsten Einfluß auf das Allgemeinbefinden der Patienten zu. Durch die eingehenden Untersuchungen von Landau, Senator, Curschmann, Litten, J. Israel etc. weiß man nun, daß viele Fälle von beweglicher Niere in der That jahrelang ohne jede Beschwerde bestehen können, während in anderen Fällen dieser Zustand von den mannigfachsten Beschwerden begleitet sein kann und als ein ernstes Leiden aufzufassen ist. — Verf. giebt eine eingehende Uebersicht über die die Aetiologie und Symptomatologie dieser Affection behandelnden Arbeiten von Litten[4]), Kuttner[5]), Curschmann[6]), Hilbert[7]), F. v. Korányi[8]), Senator[9]), Landau[10]), Becquet[11]), Küster[12]), Lindner[13]) etc.

Unter den Symptomen stehen obenan die vielgestaltigen Be-

---

[1]) Die Wanderniere der Frauen. Von Dr. Leop. Landau, Berlin.

[2]) Lindner, Schmidt's Jahrb. 1888, Bd. 219, 220.

[3]) F. Keppler, Arch. f. klin. Chir. 1879, Bd. XXIII.

[4]) Litten, Verhdl. d. Congr. f. innere Med. 1887.

[5]) Kuttner, Ueber palpable Niere, Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 15.

[6]) Curschmann, Schmidt's Jahrb., Bd. 228, S. 115.

[7]) Hilbert, Ueber palpable und bewegliche Nieren. D. Arch. f. klin. Med., Bd. 50.

[8]) F. v. Korányi, Einfluß der Kleidung auf die Entstehung der Wanderniere der Frauen. Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 31.

[9]) Senator, Einiges über Wanderniere, insbesondere ihre Aetiologie. Charité-Ann., VIII.

[10]) Landau, Die Wanderniere der Frauen, Berlin 1881.

[11]) Becquet, Archives générales 1865, S. 9.

[12]) Küster (Marburg), Zur Entstehung der Wanderniere und der subcutanen Nierenverletzungen. XXIV. Congr. d. deutsch. Ges. f. Chir. Wien. med. Presse 1895, No. 21.

[13]) L. c.

schwerden im Abdomen, mit denen zuweilen Brennen in der Urethra, Harnandrang, Tenesmus verbunden ist. Sehr gewöhnlich sind die Erscheinungen der Dyspepsie, des Magen-Darmcatarrhs vorhanden. Während Lindner[14]), Bartels[15]) und Glénard den Einfluß der Wanderniere auf die Störungen dieser Organe sehr hoch anschlagen, haben sich Oser[16]) und Ewald[17]) gegen allzu weitgehende Anschauungen in dieser Hinsicht ausgesprochen. In neuer Zeit wurde auch der Zusammenhang zwischen Icterus und Wanderniere mehrfach nachgewiesen, so von Stiller[18]), Litten[19]), Weisker[20]), Fischer-Benzon[21]). Den Einfluß der Wanderniere auf das Nervenleben haben besonders Chrobak[22]), Stifler[23]) und Graham[24]) betont. Eine Einwirkung der beweglichen Niere auf die Harnsecretion wird von Einigen geleugnet, von Anderen, wie Landau[25]), Bachmaier[26]) etc. behauptet. Landau findet, daß sowohl die Qualität, wie die Quantität des Urins häufig Veränderungen aufweise. Er wies zuerst auf den Zusammenhang zwischen Wanderniere und intermittirender Hydronephrose hin, aus der mit der Zeit die bleibende Hydronephrose hervorgehe. Die wichtigsten und bedeutungsvollsten Erscheinungen von Seiten der Wanderniere sind die sogenannten Einklemmungserscheinungen, die besonders von Landau und Lindner gewürdigt worden sind.

Für den Nachweis der beweglichen Niere mittelst der Palpation hat J. Israel[27]) drei sehr zweckmäßige Methoden angegeben.

---

14) Lindner, Ueber die Wanderniere der Frauen. Neuwied 1888.

15) Bartels (Müller-Warnecke), Berl. klin. Woch. 1877, No. 30.

16) Oser, Die Ursachen der Magenerweiterung. Wiener Klinik 1881. I. Heft, S. 4.

17) Ewald, Ueber Enteroptose und Wanderniere. Berl. klin. Wochenschrift 1889, No. 12 13.

18) Stiller, Berl. klin. Wochenschr. 1890.

19) Litten, Zur Pathologie des Icterus. Charité-Annalen 1886.

20) Weisker, Patholog. Bez. der Nierenleiden zur Gallenblase etc. Schmidt's Jahrb. 1888.

21) Fischer-Benzon, Ein Beitrag zur Anatomie und Aetiologie der beweglichen Nieren. Ibid.

22) Chrobak, Ueber bewegliche Niere und Hysterie. Wien. med.-chir. Rundsch. 1870.

23) Stifler, Practische Erfahrungen über die Wanderniere. Münch. med. Wochenschr. 1892.

24) Dr. W. Graham, Intern. med. Magaz. 1893.

25) 26) L. c.

27) James Israel, Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. Berl. klin. Wochenschr. 1889.

Die bimanuelle Palpation in der Rückenlage, das von Guyon beschriebene Ballotement rénal und, wo diese Methoden versagen, Untersuchung in der Seitenlage. Verf. übt eine in der Arbeit näher beschriebene Methode, die er bei Thure Brandt gesehen und welche mit der von Guyon einige Aehnlichkeit hat.

Was nun die Behandlung der Wanderniere betrifft, hat man verschiedene conservative Verfahren vorgeschlagen, Ruhelage, Bandagen, Faradisirung der Bauchmuskeln u. s. w., die indeß vielfach nicht ihren Zweck erfüllten. Eine radicale Heilung auf operativem Wege wurde durch die Nephrectomie angestrebt, bei der Gefährlichkeit des Verfahrens aber im Vergleich zu dem Leiden (cfr. Statistik von Sulzer[28]) kam in letzter Zeit die Nephrorrhaphie mehr in Aufschwung. Vielfach jedoch verbietet sich von vornherein die operative Behandlung. Ein conservatives Verfahren nun, welches sowohl der Indicatio morbi als auch der Indicatio causalis entspricht, sieht Verf. in der Thure Brandt'schen Massage, über deren Anwendung und Bedeutung Arbeiten von Resch[29]), Ziegenspeck[30]), Kumpf[31]), James Eisenberg[32]) und Bachmaier[33]) vorliegen. Verf. hat 40 schwerleidende Fälle von Wanderniere mit Nierenmassage nach Thure Brandt behandelt und mit Ausnahme von zweien ist es in allen Fällen gelungen, die Niere an ihre normale Stelle zu bringen und so zu erhalten. In 11 Fällen konnte sich F. von dem 1—2 Jahre dauernden Erfolg der Behandlung überzeugen, in allen Fällen sah er die Patientinnen schon während der Behandlung von ihren Beschwerden befreit und konnte auch objectiv den Erfolg seiner Therapie nachweisen.

Die Gesamtzahl der Fälle von Wanderniere, welche Verf. in den letzten Jahren beobachtet hat, beträgt 98. Von den Frauen hatten 67 geboren und 4 abortirt, 48 waren Multiparae, in 53 Fällen ließ sich ein Genitalleiden nachweisen, in 5 Fällen ein vorhergegangenes

---

28) Sulzer, Ueber Wanderniere und deren Behandlung. D. Zeitschr. f. Chir., Bd. 31, S. 806.

29) Alfred Resch, Thure Brandt's heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten. Wien 1888.

30) Robert Ziegenspeck, Ueber Thure Brandt's Verfahren der Behandlung der Frauenleiden. Samml. klin. Vorträge von Volkmann, No. 353—354.

31) F. Kumpf, Wien. klin. Wochenschr. 1890, No. 19.

32) James Eisenberg, Zur manuellen Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt. Wien. med. Presse 1891, No. 36.

33) Bachmaier, Die Wanderniere und deren manuelle Behandlung nach Thure Brandt. Wien. med. Presse 1892.

Trauma, in mehreren Fällen waren acute Krankheiten vorausgegangen, Influenza, Pleuropneumonie, Nephritis, Paratyphlitis, nach denen sofort das Leiden auftrat. In 38 Fällen zeigten sich Beschwerden Seitens des Magens, in 59 Störnngen der Darmthätigkeit. 2 Mal ließ sich eine intermittirende Eiweißausscheidung nachweisen, und in einem Falle bestand eine intermittirende Hydronephrose. Nur 16 der Patientinnen waren mit geringeren Beschwerden behaftet, während die Mehrzahl ein schwereres Krankheitsbild darbot. In 3 Fällen waren die Nieren dislocirt fixirt. Von den 98 Patientinnen wurden 40 der Massage unterzogen.

Fünf ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten geben ein Bild von der fortschreitenden Besserung während der Massagekur.

Die Behandlung bestand in der Unternierzitterschütterung, Neigreit-sitzenden Wechseldrehung mit Nachvornebeugung des Rumpfes und in der Querlendenklopfung, wie dies von Thure Brandt angegeben und von Resch, Ziegenspeck und James Eisenberg ausführlich beschrieben wurde. Den Hauptfactor der Behandlung sieht Verf. in der Unternierzitterschütterung. Was die Zahl der Massagen betrifft, welche zur Heilung einer Wanderniere notwendig sind, so wurde oft das Ziel mit 7—10 Massagen erreicht, in anderen Fällen waren 20—30 Sitzungen notwendig. K.

C. Keller, Berlin: **Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie.** (S. z. Abh. a. d. G. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. Herausgeg. v. M. Gräfe, Verlag v. Marhold, Halle a. S.)

Die vorliegende Monographie gilt dem Interesse des Practikers. Bei Besprechung der normalen Verhältnisse wird die fühlbare respiratorische Verschiebung noch nicht als krankhaft angenommen. Der Annahme, dass die Wanderniere meist angeboren sei, zuzustimmen, halten den Verf. eine Reihe triftiger Gründe ab. Die spätere Entwicklung ist in jedem einzelnen Falle auf das Zusammenwirken mehrerer Schädlichkeiten zurückzuführen. Die rasche Fettresorption kommt nur bei einem kleinen Bruchteil der Kranken in Betracht. Das häufigste und wichtigste Hilfsmittel ist bei Frauen die Erschlaffung der Bauchdecken, wie sie nach rasch aufeinander folgenden Geburten, schweren Entbindungen bei engen Becken, nach unzweckmässigem Verhalten im Wochenbett zurückbleibt. Hier ist sie eine Teilerscheinung einer ganzen Summe von Schädlichkeiten, die insgesamt als Folgen mangelhafter Rückbildung im Wochenbett zu betrachten sind. Beschränkt sich die Wirkung der einen darauf, eventuelle Verschiebungen der

Niere zu erleichtern, so sind andere der Art, daß sie die sonst nur mäßigen physiologischen Dislocationen der Niere an Häufigkeit und Ausdehnung bedeutend steigern. Einen besonders hohen Grad erreichen solche Störungen nach Geburten bei engen Becken. Kommt es zur Entwicklung eines Hängebauches, so treten noch weitere Hilfsmittel hinzu. Schwangerschaft an sich ist ebenso wie Tumorenbildung der weiblichen Genitalorgane nur mittelbar beteiligt, indem sie die Dehnung der Bauchdecken und des Peritoneums veranlaßt. Die mit der Beendigung der Geburt eintretende Erschlaffung der Bauchdecken giebt erst eine Prädisposition ab, wenn sie andauert. Auch die mittelbare Beziehung durch Veranlassung einer Hydronephrose Seitens dieser Erkrankungen ist unwahrscheinlich. Extravaganzen der weibl. Kleidung kommen im Allgemeinen mehr als Unterstützungsmittel anderer gleichzeitig wirkender Ursachen in Betracht. Selbstständiger ist höchstens die Wirkung der direct um die Taille befestigten Röcke. Die Enteroptose steht zur Wanderniere in keiner ursächlichen Beziehung. Beide sind Folgezustände gleicher primärer Veränderungen. Traumen führen bei Frauen eher zur Wanderniere als bei Männern. Ihre directe Einwirkung äussert sich aber nur in der Zerreissung der Befestigungsmittel; zur eigentlichen Entwicklung der Wanderniere kommt es erst allmählich mit der Dehnung der Gefäße.

In der Ausführung der Symptomatologie finden als subjective Beschwerden Berücksichtigung: locale nervöse Sensationen allgemeiner oder bestimmter Art, reflectorische Neuralgien, Störungen des Verdauungstractus, der Urinsecretion und zum Schlusse der acute Symptomencomplex der Niereneinklemmung. Objectiv äußert sich die W. durch ihre spontane Verschieblichkeit je nach der Lage des Körpers. Die Diagnostik beruht auf der sorgfältigen Nierenpalpation, am besten in Rücken-, Seitenlage und aufrechter Stellung. Differentiell-diagnostisch kommen außer den sogen. Pseudotumoren Fibrome der Bauchdecken, Lebertumoren, Wandermilz, Geschwülste des Dickdarmes, Carcinom des Magens, Duodenums und Pancreas, endlich Tumoren des Genitalapparates in Betracht. Bei letzteren bietet die Fixation der Niere nahe oder im Becken dieselben Schwierigkeiten wie die Adhärenz der Genitaltumoren in der Lumbalgegend, sei es, daß ihre Verbindung mit dem Uterus ganz gelöst oder stark ausgezogen ist. Eigentlich erschwert ist die Diagnose der Wanderniere nur selten; meist wird an diese Möglichkeit nicht gedacht. Verhängnisvoll sind besonders die Klagen der Kranken, sei es, daß sie überhaupt nur unbestimmter Art sind, sei es, daß sie andere Organe betreffen. Wo auch immer die Beschwerden eines Leidens in keinem Verhältnis stehen zum objectiven

Befund, darf die Untersuchung auf Wanderniere nicht unterlassen werden. Von Complicationen der W. findet die Niereneinklemmung und Hydronephrosenbildung nähere Berücksichtigung.

Die Prognose quoad vitam günstig, ist quoad sanationem ungünstig zu stellen.

Der Prophylaxe fällt, abgesehen von der Bekämpfung schädlicher Extravaganzen der Kleidung, vor Allem eine zweckmässige Leitung des Wochenbettes zu, die nach den angegebenen Grundsätzen zu erfolgen hat. Mitunter erscheinen prophylactische Maßregeln auch schon in der Schwangerschaft notwendig. Bei schon entwickelter Erschlaffung der Bauchdecken oder bei vollendetem Hängebauch ist der Gebrauch einer Binde, sowie die Anwendung kalter Abreibung, Massage, Faradisation zweckmäßig. Die therapeutische Behandlung der W. erfordert in erster Linie Maßnahmen zur Beschränkung ihrer Beweglichkeit. Zunächst ist daher die Bandagenbehandlung einzuleiten. Mit ihr gelangt man bei einer sehr großen Zahl der Kranken zum Ziel. Der Erfolg der Bandagenbehandlung hängt ab von deren gutem Sitz, den man am besten selbst controllirt. Die Binde muß von der Kranken immer getragen werden, wenigstens noch längere Zeit nach dem Aufhören der Beschwerden. Bei der zufällig constatirten, symptomlos verlaufenen Wanderniere läßt man am besten auch eine Binde tragen. Völlige Erfolglosigkeit der Bandagenbehandlung, oder bei der arbeitenden Klasse die trotz derselben bestehende Erwerbsunfähigkeit geben die Indication zur Nephrorrhaphie ab, deren Vornahme in jedem einzelnen Falle eine genaue Prüfung der Beweglichkeit der Niere vorauszugehen hat bezüglich vorhandener Adhäsion. Die Nephrectomie ist an sich nur indicirt bei Sarcom, Carcinom oder ausgedehnter Eiterung, endlich ausnahmsweise nach wiederholt erfolgloser Vornahme der Nephrorrhaphie. Die Behandlung der Niereneinklemmung ist wie bei der acuten Peritonitis rein symptomatisch einzuleiten. Alle Repositionsversuche sind als nutzlos und gefährlich für die Kranken streng zu widerraten.

Casper.

Wandering kidneys, morable and floating. (Med. Record, 4. Jan. 1896.)

Erst seit der neuesten Zeit ist das Vorkommen von Wandernieren bekannt. Man unterscheidet eine bewegliche und eine flottirende, schwebende Art derselben, von denen die erste ungefähr 50 Mal so häufig ist als die letztere, welche meist nur angeboren vorkommt. Der Grad der Beweglichkeit der Niere steht in keiner Beziehung zu den durch sie verursachten Störungen. Die Ursachen für die Wander-

niere sind: Trauma, Schwund des perirenalen Fettes, häufige Geburten, Aenderungen im intraabdominellen Druck, angeborene Defecte des Bauchfelles etc. Ihr Vorkommen ist am häufigsfen zwischen 20 bis 25 Jahren. Frauen werden mehr betroffen als Männer, die rechte Niere wiederum mehr als die linke. Die Erscheinungen der Wanderniere treten meist allmählich, sehr selten plötzlich auf. Sie bestehen Anfangs in Verdauungsstörungen, allgemeiner Nervosität, epigastrischen Schmerzen linkerseits, Unbehaglichkeit beim Liegen auf der linken Seite. Später treten Erbrechen, Störungen der Menstruation, renale oder Uterinblutungen, oft Icterus, Koliken der Nieren und des Darmes etc. auf. Bei der Diagnose muß man sich vor Verwechselung mit Tabes dorsalis, Hysterie, Schwangerschaft und anderen Dingen hüten. Bei der Frau treten zu den gewöhnlichen Erscheinungen der Wanderniere noch Störungen des Genitalapparates auf, außer den bereits erwähnten noch Salpingitis, Oophoritis. Die Schmerzen können sehr heftig werden, sogar psychische Alterationen bedingen. Auch Kreislaufsstörungen treten auf, ferner völlige Appetitlosigkeit, Harndrang, Unmöglichkeit jeglicher activen Bewegung.

Die Therapie kann eine dreifache sein:

1) völlige Ruhe;
2) Bandage um den Leib;
3) Operation.

Letztere wird wohl zumeist in Frage kommen, um eine dauernde Heilung herbeizuführen. Die Nephrorrhaphie hat sehr häufig günstige Resultate, schützt aber nicht immer vor Recidiven; oft ist eine wiederholte Nephrorrhaphie von dauerndem Erfolge. K.

Brian: **Expériences sur une methode de nephropexie de Jaboulay.** (Arch. prov. de Chirurgie, Novbr. 1895. — Annales des mal. des org. gén.-ur., März 1896.)

Da bei den früheren Methoden der Nephropexie infolge des Schlaffwerdens der Nierencapsel die Niere selbst wieder beweglich zu werden die Neigung hat, hat man bekanntlich empfohlen, die Naht durch das Nierenparenchym selbst zu legen. Da auch dadurch nicht selten schmerzhafte Erscheinungen, die sich in kolikartigen Beschwerden kundgeben, beobachtet werden, empfahl Joboulay, durch Schaffung einer breiten Narbe zwischen Niere und Bauchwand dem Organ die nötige Festigkeit zu verschaffen. Aus Untersuchungen am Kaninchen und am Hunde, die Verf. auf Veranlassung von Jaboulay ausgeführt hat, ergab sich, daß die Capsula propria der Niere mit der Bauchrückenwand bei entsprechender Behandlung in der Lage ist, eine Narbe von genügendar Stärke zu bilden, um die Niere fixirt zu halten. — Die mikroskopische Untersuchung ergab unmittelbaren Uebergang des

von der Capsula propria ausgehenden Narbengewebes in die von der Haut ausgehende Narbe, andererseits vollkommene Intactheit der in unmittelbarer Nähe der Tunica propria liegenden Tubuli contorti. — Diese Untersuchungen beweisen also, daß man zur Erzielung einer festen Narbe nicht die Enthülsung, wie dies Tuffier im Gegensatz zu Delagenière und Albarran für nötig hielt, auszuführen braucht. L.

Lovsing: Die Diagnose und Behandlung der Nierensteine. (Hospitals-Tidende III, 21—23.)

Nachdem Verfasser erwähnt, daß die Symptome der Nephrolithiasis: Hämaturie und Nierenkolik, nicht selten fehlen, daß die genannten Symptome auf der andern Seite aber bestehen können, ohne daß Nierensteine vorhanden, werden folgende Krankengeschichten mitgeteilt:

I. 29jährige Frau, hat niemals Hämaturie der Nierenkoliken gehabt, wurde in den letzten 3 Jahren an chron. Nephritis ohne Erfolg behandelt; sie hatte stets Schmerzen in der rechten Lendengegend und war hier auf Druck sehr empfindlich; in dem steril entnommenen Urin fanden sich rote Blutkörperchen, einzelne weiße, eine große Menge Harnsäurekristalle, keine Mikroben; geringes Eiweiß, aber keine Cylinder. Am 1. September 1893 wurde die Katheterisation der Ureteren mit Pawlick's Katheter vorgenommen und es ergab sich, daß der Urin der linken Niere normal war, derjenige der rechten aber war eiweißhaltig. Es wurde am 5. September ein Schrägschnitt parallel zur 12. Rippe gemacht und in der freigelegten rechten Niere ein Stein gefühlt, der nach Spaltung des Nierengewebes entfernt wurde; die Wunde wurde mit Catgut geschlossen, die Hautwunde, die drainirt wurde, mit Seidenfäden; reactionsloser Verlauf, Heilung. Der Stein war braunrot, von der Form einer großen Olive, seine Oberfläche war überall mit stachligen Harnsäurekristallen bedeckt, $2^1/_2$ cm lang, $1^1/_2$ cm breit. — In diesem Falle wurde bei der Diagnose Wert auf die fixen Nierenschmerzen gelegt.

II. 28jährige Frau, hat niemals Hämaturie gehabt, klagt aber seit vier Jahren über ausgesprochene Cystitissymptome mit Schmerzen beim Wasserlassen, Urin trübe; es bestanden Schmerzen in der rechten Nierengegend, ein einziges Mal war ein deutlicher Kolikanfall mit Abgang eines kleineren Steines aufgetreten. Bei der Cystoscopie erwies sich die Blasenschleimhaut normal, aus der rechten Niere kommt trüber Urin, von der linken war er klar; die mikroskopische Urinuntersuchung ergab Eiter- und Epithelzellen; Harnstoffmenge 26 g. Die Diagnose wurde auf Stein in der rechten Niere gestellt, dieselbe wurde incidirt und ein olivengrosser Stein (Phosphatschale um einen harnsauren Kern) entfernt; Naht, Heilung; der Urin wurde danach ganz klar. — Der hier mitgeteilte Fall zeigt die große Bedeutung der Cystoscopie; obwohl hier alle Symptome für das Bestehen einer Cystitis sprachen, konnte erst durch die genannte Untersuchung eine solche ausgeschlossen und eine Pyelonephrose erkannt werden; für diese ließ sich mit

großer Wahrscheinlichkeit die Anwesenheit eines Steines als Ursache angeben, was auch durch die Operation bestätigt wurde.

III. 50jährige Frau, hat seit 15 Jahren ab und zu starke Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, seit vielen Jahren bemerkte sie einen starken Eitersatz im Urin, niemals Abgang von Gries oder Hämaturie; in der rechten Seite fühlt man einen harten, festen Tumor, der bis in die Fossa iliaca hinabreichte; Urin stark eiweißhaltig, mit zahlreichen Eiterzellen, keine Blutreaction. Bei der Cystoscopie erwies sich die Blasenschleimhaut normal, der Urin aus der linken Niere scheint klar zu sein, der aus der rechten ist purulent. Durch einen Schrägschnitt wird der renale Tumor freigelegt, die Punction ergiebt stinkenden Eiter, danach wird die Incision durch ein speckiges Gewebe gemacht; man kommt dabei in ein ganzes System von mit Eiter erfüllten Hohlräumen, in jeden ragt ein Zapfen eines Steines hinein; da es nicht möglich war, dieselben zu entfernen, wird die Nephrectomie gemacht; die Loslösung der Adhärenzen etwas beschwerlich, keine weitere Blutung. Patientin starb $1^1/_2$ Stunden nach der Operation — Chloroform — Aethernarcose — in Collaps, wahrscheinlich in Folge der Einwirkung der Narcose auf das durch vieljährige Eiterungen geschwächte Herzfleisch. Die Section der Leiche wurde nicht gestattet, die Eröffnung der Wunde ergab keinerlei Blutung.

IV. 29jähriger Maschinenarbeiter hatte im Alter von 12 Jahren zwei Mal heftige Schmerzanfälle in der Lendengend, so daß er deswegen zu Bett liegen mußte; 16 Jahre später typische Koliken in der rechten Nierengegend mit blutigem Urin, der später stark eitrig, ja stinkend wurde, er fing dann an zu fiebern und die vergrößerte rechte Niere konnte unter dem Rippenrand gefühlt werden; bei der Cystoscopie sieht man klaren Urin aus dem linken Ureter, purulenten aus dem rechten ausströmen. Am 15. Januar 1894 wurde die Nephrolithotomie gemacht und dabei ein ganz colossaler Stein (harnsaurer Kern mit Phosphatschale) von 148 gr Gewicht entfernt, derselbe war 8 cm. lang, $5^1/_2$ cm breit und 5 cm dick. Es wird nur ein Drain in die Nierenhöhle gelegt und Patient mit einer Fistel entlassen; da der Urin purutent blieb und Patient ab und zu Frostanfälle hatte, wird am 20. April 95 die Nephrectomie gemacht; danach Heilung.

V. 39jährige Frau, die niemals an Nierenkoliken gelitten hatte, hatte seit ihrer Jugend Gries verloren, ab und zu einen kleinen Stein, Urin im letzten Jahre purulent; sie ist im 8. Monat gravid und während der Schwangerschaft wurde die Pyurie von einer Hämaturie abgelöst; die rechte Niere fühlt sich vergrößert an. Da Verf. annahm, daß die Blutung durch einen Druck des schwangeren Uterus auf Ureter und Niere veranlaßt werde, wurde durch Einlegen von Bougies die Frühgeburt eingeleitet; danach hörte die Hämaturie auf, es trat aber wieder Pyurie auf. Die Cystoscopie ergab klaren Urin aus dem linken Ureter, purulenten aus dem rechten; Harnstoffmenge 24 g pro die. Da die Pyurie anhielt, das Urinlassen häufiger wurde und Pat. im Ganzen an Kräften abnahm, wurde 1 Monat nach dem Partus die Nephrectomie gemacht; es zeigte sich dabei, daß die

Niere in ein Conglomerat von Abscеßhöhlen umgewandelt war, darin fanden sich große Steine. Nach der Operation wurde der Urin klar; die Blasensymptome, die wohl als reflectorische angesehen werden müssen, schwanden und es trat völlige Heilung ein.

VI. 35jähriger Mann hat seit vielen Jahren Anfälle von Nierenkolik mit Hämaturie, fixen Nierenschmerzen in der linken Nierengegend gehabt; Urin bluthaltig, giebt keine Culturen beim Impfen. Es wird die Nephrolithotomie gemacht und dabei größere und kleinere Steine im Gewichte von 110 g entfernt; das Nierengewebe schien functionsfähig und es wurge deshalb die renale Incision mit Catgut geschlossen; Tod plötzlich 15 Stunden nach der Operation unter Symptomen von Lungenembolie, Section nicht gestattet.

Wie sich aus den mitgeteilten Krankengeschichten ergiebt, fehlten oft die klassischen Symptome für Nierensteine; aber wir haben doch gewisse Anhaltepunkte, wodurch man zur Diagnose gelangen kann. Wichtig ist der Nachweis der Erblichkeit resp. von arthritischen Zufällen, ebenso die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung. Ist der Urin ganz normal, so kann man auch bei Koliken Steine ausschließen; denn ein Stein, der Schmerzen verursacht, bewirkt auch eine Beimischung von pathologischen Elementen zum Urin (Albumen, Epithelzellen, rote und weiße Blutkörperchen, Kristalle, bisweilen Cylinder, scheinen dabei regelmäßig vorhanden zu sein, wenn auch oft nur in geringer Menge); spontan auftretende Niereneiterung muß an Steinbildung denken lassen. In manchen Fällen wird man aber immer noch über die Diagnose im Unklaren bleiben, hier kommt die explorative Incision in Frage. — Hat man einen Nierenstein diagnosticirt, so wird die Behandlung sich danach richten, ob es sich um suppurative oder um reine, uncomplicirte Fälle handelt. Bei den erstgenannten ist die Operation absolut indicirt, wenn die Nieren nicht so zerstört sind, daß eine Heilung schlechterdings nicht mehr erwartet werden kann — Harnstoffuntersuchungen werden uns darüber zur Genüge belehren. Denn der Stein unterhält die Eiterung und diese bringt wieder den Stein zum Wachsen, so daß die Entfernung absolut erforderlich ist. Schwieriger liegt die Frage bei den aseptischen Fällen; ist die Hämaturie stark oder sind die Schmerzen so heftig, daß das Leben unerträglich erscheint, so kann auch hier eine Operation indicirt sein. Weniger leicht zu beantworten ist die Frage, wenn eine einfache Hämaturie vorliegt und die Schmerzen geringer sind, da der Patient dann lange Zeit ganz erträglich trotz seines Steines leben kann; doch kann jeden Augenblick ein Ereignis eintreten, das die Prognose verschlechtern kann (Eiterung, Anurie, Hydronephrose). Verf. ist deshalb auch in diesen Fällen geneigt, eine Operation vorzuschlagen, wenn die Harnstoffuntersuchung darauf deutet, daß die nicht ergriffene Niere einigermaßen normal fungirt. Zu den gewöhnlich empfohlenen alkalischen Wässern hat er kein Zutrauen, da der Stein dabei nur durch die Anlagerung von Phosphatschichten an Größe zunimmt; er rät deshalb nur das Trinken von gekochtem Wasser, 6 Glas täglich; man verhindert dadurch vielleicht

ein weiteres Wachsen; ihn zu verkleinern, hält er dagegen durch interne Mittel für unmöglich. — Der operative Eingriff, um den es sich hierbei handeln kann, ist 1) Pyelotomie, 2) die Nephrolithotomie und 3) die Nephrectomie. Die erstgenannte Operation giebt nur geringere Blutungen, gestattet indeß nicht immer die Entfernung großer Steine; die Operation hinterläßt außerdem oft eine Fistel. Die Nephrolithotomie wird stets die Hauptoperation bleiben; ganz gewiß giebt sie ab und zu eine größere Blutung bei einem großen Schnitt; aber man kann temporär die Nierengefäße comprimiren entweder digital durch einen Assistenten oder besser durch Instrumente; Verf. hat ein kleines Compressorium mit parallelen Branchen construirt und damit ein paar Mal blutlos operiren können. Ueber die Berechtigung der Nephrectomie sind die Autoren noch uneinig: Einige meinen, daß die Niere ab und zu so schnell wie möglich entfernt werden muß, um den schädlichen Herd zu beseitigen; Andere gehen nur zaghaft an diese Operation aus Furcht vor dem unsicheren Zustand der zweiten Niere. Ohne Zweifel muß man hier individualisiren; die Operation ist absolut indicirt, wo alles Nierengewebe zerstört zu sein scheint und wo die Harnstoffuntersuchung uns zu dem Glauben berechtigt, daß die zweite Niere noch functionstüchtig ist.

In der Discussion in der Medic. Gesellschaft beschrieb Howitz eine neue Methode der Nephropexie, die er in 6 Fällen von beweglicher Niere angewendet hatte: die Niere wird an den Proc. transversi eines oder zweier Lendenwirbel, am liebsten des 3. fixirt. Weiter teilt Verf. einen Fall von Hydronephrose bei einem 15jährigen Burschen mit; nach einer Punction reproducirte sich der Inhalt schnell, einen Tag vor der angesetzten Operation gingen 3 recht große Steine ab; danach schwand die Anschwellung und hat sich nicht wieder gezeigt.

Bloch hält es für ganz unmöglich, die Diagnose Nierenstein aus den Symptomen und klinischen Untersuchungen zu stellen, da Tumoren, z. B. Sarcome, ganz ähnliche Symptome hervorbringen können; nur wenn die Niere freigelegt ist, kann die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden. Die Prognose kann nicht nach der Harnuntersuchung allein gestellt werden, da eine kranke Niere normalen Urin geben kann; die Untersuchung der Harnstoffmenge kann ebenfalls irreführen. Es wird nun ein Fall mitgegeteilt, wo die Harstoffmenge normal war und es zeigte sich, daß das restirende Parenchym einer extirpirten krebsigen Niere die normale Harnstoffmenge secernirte, während in der zweiten Niere, die man zurückgelassen hatte und die man als gesund ansprach, Eiter vorhanden war. Er spricht gegen die Anwendung von Rovsing's Klemme bei der Nephrectomie, da die Venen dadurch comprimirt werden und dadurch leicht Thromben mit ihren Folgezuständen gebildet werden können.

Tscherning will eine große Eiterniere entfernen, wenn ein großer Eitersack da ist, kein Stein vorhanden und nur wenig Nierengewebe zurückbleibt; ist ein Stein da, so will er die Niere erhalten, wenn der Stein entfernt werden kann und die Niere nicht ganz zerstört ist. Er ist

ein Anhänger der Pyelotomie und fürchtet sich nicht vor der möglichen Fistelbildung.

Studsgaard bezweifelte ebenfalls, daß man mit so großer Wahrscheinlichkeit, wie es Rovsing angegeben hatte, einen Nierenstein diagnosticiren könne; namentlich könne man sich nicht auf den Zustand und die Functionsfähigkeit der zweiten Niere mit Sicherheit verlassen. Als Beispiel dafür, wie irreführend die Symptome mit Bezug auf den letzten Punkt sein können, wird folgender Fall angeführt: ein 50jähriger Mann litt beständig an rechtseitigen Nierenkoliken mit Abgang von Gries; es kam zur Anurie und drohenden urämischen Zufällen. Man nahm an, daß ein Stein fest in den rechten Ureter eingekeilt wäre und daß die zweite Niere reflectorisch ihre Secretion eingestellt hätte; in dieser Auffassung wurde man dadurch bestärkt, daß die rechte Niere stark angeschwollen war, während die linke Niere sich nicht palpiren ließ. Durch eine Nephrotomie wurde ein Stein aus dem rechten Ureter entfernt, aber die Section zeigte, daß der rechte Ureter vollständig undurchgängig war und daß die Anurie durch einen in dem linken Ureter eingekeilten Stein veranlaßt war.

Joachim.

W. Hirschlaff: **Zur Kenntnis der Pyonephrose in bacteriologischer Beziehung.** (Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 23.)

In der neusten Zeit ist es das Bestreben einer großen Reihe von Forschern gewesen, die Aetiologie gewisser Krankheiten der Harnorgane (entzündliche) auf bacteriologischem Wege zu ergründen. Wichtiges ist so schon erschlossen worden. Die gefundenen Microorganismen sind meist dem Bacterium coli commune sehr ähnlich, wenn nicht sogar mit demselben vollständig identisch. Verf. hat einen operativ geheilten Fall von Pyonephrose gleichfalls bacteriologisch untersucht und einen Bacillus gezüchtet, welcher alle Merkmale des von Heyse bei Pneumaturie entdeckten trägt, und ist der Ansicht, daß sowohl der seinige, wie auch der Heyse'sche durchaus identisch sind mit dem Bacterium lactis aërogenes Escherich's. Der letztere ist sowohl in den Stuhlgängen Neugeborener, wie auch einige Male in der Harnmenge gefunden worden und wohl nichts weiter als eine Spielart des Bacterium coli commune. Auf welchem Wege der beschriebene Bacillus in vorliegendem Fall in die betreffende Niere gelangt ist, läßt H. dahingestellt.

Stockmann.

Dr. Martin Mendelsohn, Privatdocent: **Exstirpation einer Niere.** (Demonstration im Verein für innere Medicin. Deutsche med. Woch. 1896, No. 17.)

Der 34 Jahre alte Patient entleerte seit etwa sieben Monaten einen stark eiterhaltigen Urin. Pat. war abgemagert und nicht mehr so leistungsfähig wie früher.

Durch die Cystoscopie konnte nachgewiesen werden, daß der Eiter aus

dem linken Ureter in die Blase floß. Daß die rechte Niere gesund war, wurde in der Weise festgestellt, daß der rechte Ureter vermittelst des Casper'schen Instruments katheterisirt wurde; der so entleerte Urin war vollkommen frei von krankhaften Bestandteilen; aus dem linken Ureter wurde auf diese Weise nur eine eitrige Flüssigkeit entleert.

Die Indication zur Exstirpation der kranken Niere war gegeben, umsomehr als die völlige Gesundheit der anderen erwiesen war. Durch die von Geheimrat König ausgeführte Operation wurde die erkrankte Niere exstirpirt. Es fanden sich zwei korallenförmige Steine, der eine im Nierenbecken, der andere in einem der sehr stark dilatirten Nierenkelche sitzend, und als wesentlicher Befund die durch die Steine veranlaßte hochgradige Vereiterung der Harnwege und absolute Verödung der Substanz der Niere.

M. hebt die Bedeutung des Ureterenkatheterismus hervor, durch den es gelang, die Intactheit der anderen Niere festzustellen. Bock.

Heinrichs: **Eine Hydronephrose mit 17 Liter Inhalt.** (Ges. f. Geburtsh. und Gynäk. z. Berlin, Sitz. v. 14. Febr. 1896. — Centralbl. f. Gynäk. 1896, No. 12.)

Die Hydronephrose ist während einer Gravidität zuerst beobachtet worden. Bei der Geburt wurde die Placenta mittelst Credé'schen Handgriffes exprimirt. Dabei schien der Tumor zu platzen und in der nächsten Zeit erfolgte eine äußerst profuse Urinsecretion. Bei der nächsten Gravidität zeigte sich der Tumor wiederum, verschwand aber nach der Geburt nicht, sondern wuchs stärker.

Die colossale Auftreibung des Leibes zwang zur Operation. Der Tumor hatte klinisch zunächst als Ovarialcystom imponirt, bei der Operation schien es sich um eine primäre Mesenterialcyste des Colon descendens zu handeln, welches über die ganze Ausdehnung der Geschwulst verlief.

Die anatomische Untersuchung der Geschwulst erwies dieselbe indeß als Hydronephrose. Es fand sich in der im Uebrigen bindegewebigen Wand des Tumors ein handtellergroßes Stück von ziemlich normalem Nierengewebe. — Der mit Watte ausgestopfte Tumor zeigt exquisit die Nierengestalt, läßt das Nierenbecken und den Abgang des Ureters deutlich erkennen, und erinnert stark an eine fötale Niere. Die Hydronephrose hat ausschließlich das Nierengewebe und Nierenbecken betroffen, das Hindernis für den Abfluß des Urins muß unmittelbar hinter der Abgangsstelle des Ureters gesessen haben. H. ist der Ansicht, daß es sich im vorliegenden Falle um eine congenitale intermittirende Hydronephrose handelt, bei welcher durch den Druck des wachsenden Uterus eine vollständige Verlegung des Urinabflusses bewirkt worden ist.

Die von A. Martin ausgeführte Operation fand derart statt, daß der Tumor stumpf aus dem Peritoneum ausgelöst und die zurückbleibende Höhle fortlaufend vernäht wurde. Heilung ohne besondere Complicationen in 17 Tagen. K.

Béla Imrédy: **Einige Beiträge zum Echinococcus der Leber und der Nieren auf Grund von 12 Fällen.** (Orvosi Hetilap 1896, No. 1 u. 2. — Pest. med.-chir. Presse 1896, No. 11.)

Von den mitgeteilten 12 Fällen handelte es sich in 10 um Echinococcus der Leber, in einem war Echinococcus der Nieren vorhanden, in einem Falle ist der Sitz des Echinococcus zweifelhaft geblieben. In dem letzteren gingen schon seit Jahren 2—3 Monate hindurch unter großen Schmerzen Echinococcusblasen mit dem Harn ab. Nach dem Abgang fühlte sich Pat. manchmal 1—$1^1/_2$ Jahre lang wohl, bis ein neuer Anfall ihn abermals krank machte. In der letzten Zeit sollen auch mit den Faeces Blasen abgegangen sein. Während seines Aufenthaltes auf der Klinik entleerten sich durch den stinkenden, Eiter führenden Harn einige Blasen, die mikroskopisch nachgewiesen wurden; eine Geschwulst war nicht nachweisbar. Das Cystoskop ließ nur einen heftigen Blasencatarrh erkennen. Wahrscheinlich saß der Echinococcus in einer der Nieren oder entwickelte sich in der Leber und gelangte dann in die rechte Niere, oder auch, wenn die Angaben des Pat. richtig sind, in den Darm.

In dem Falle von Nierenechinococcus ergab sich der Sitz des Echinokokkus erst während der Operation. Der Fall betrifft einen 28jährigen Mann, der seit drei Monaten eine wachsende Geschwulst oberhalb des rechten Hüftbeinkammes bemerkte. Rechte untere Brusthälfte, Bauch und Lende vorgewölbt, untere Lungengrenze rechts hinten um zwei, rechts vorn um einen Rippenraum höher als normal. Geschwulst glatt, untere Grenze in der rechten Linea axillaris einen Finger unter dem Rippenbogen, ebenso in der Linea mammillaris. Confluenz mit der Leberdämpfung. Punction im VI. und VII. Rippenraum ergab erst eine wenig blutige, dann mehr getrübte alkalische Flüssigkeit, wenig Eiweiß, viel Chlorsalze und Scolices enthaltend. — Es wurde ein Leberechinococcus angenommen wegen der mit der Leber zusammenhängenden Dämpfung. Die Operation ergab, daß der Echinococcus von der rechten Niere ausging und die Leber in ihrem Parenchym zerstörend nach oben und links drängte. Einnähung des Sackes in die Bauchwand und offene Drainage. Die Hüllen entleerten sich nach einem halben Jahre. — Aus Anlaß des diagnostischen Irrtums wird auf die Bedeutung des in diesem Falle versäumten Aufblasens des Colons für die Diagnose von Bauchgeschwülsten hingewiesen. K.

J. Israël: **Einige neue Erfahrungen über Nierenchirurgie.** (Freie Vereinig. d. Chir. Berlins, Sitz. v. 13. Jan. 1896. — Centralblatt f. Chir. 1896, No. 13.)

1) Solitärniere.

Seit seiner letzten Publication (im November 1893) hat J. noch weitere Nierenoperationen, also insgesamt 126 auszuführen Gelegenheit gehabt.

Bevor er auf die dabei gemachten Erfahrungen eingeht, demonstrirt

er eine anatomische Seltenheit: eine linksseitige Solitärniere, bei der Section eines 52jährigen, an diabetischer Phlegmone verstorbenen Mannes gewonnen. Die linke Niere, von einer dicken fettreichen Capsula adiposa umgeben, war sehr vergrößert, abnorm geformt, 12 cm lang, 8 cm breit, 6,5 cm dick. Die rechte Niere sowie die Nierenarterie fehlten, die Nebenniere lag an ihrer normalen Stelle. Der gleichnamige Hoden fehlte im Hodensacke. Die Harnblase zeigte nur eine linksseitige Harnleitermündung, die Prostata war hypertrophisch, auf beiden Seiten gleich stark entwickelt.

Von practischer Wichtigkeit für eventuelle Eingriffe an der Niere ist das Fehlen des Hodens auf der Seite des Nierendefectes, zweitens die gleichmäßige hypertrophische Entwickelung der beiden Prostatalappen trotz Verkümmerung eines Hodens — ein Befund, der die Möglichkeit der Beseitigung der Prostatahypertrophie durch Castration fraglich erscheinen lassen könnte.

2) Nierengeschwülste.

I. hat 16 Fälle bösartiger Geschwülste (Krebs, Sarkom, Struma renalis) operirt.

Von diesen sind 2 an der Operation gestorben, also 12,5 pCt., einer ist 1 Jahr nach der Operation ohne Recidiv an einer acuten Perforationsperitonitis gestorben, 2 sind noch in Behandlung, so daß 11 noch am Leben befindlich sind. Von diesen 11 sind 6 recidivfrei seit 9, $7^{5}/_{12}$, 5, 4, 3, $1^{3}/_{12}$ Jahren. Besonders erwähnenswert ist ein ohne Recidiv gebliebener Fall (ein vor 4 Jahren im vierten Lebensjahre wegen Nierensarkom operirtes Mädchen).

Nach diesen Erfahrungen stellen sich die Dauerresultate bei bösartigen Nierengeschwülsten besser, als die bei bösartigen Mammageschwülsten. Wesentlich für Erreichung dieser günstigen Resultate ist hauptsächlich frühzeitige Diagnosenstellung (sorgfältige Uebung in der Nierenpalpation).

Bemerkenswert ist ein Fall mit eigenartigem Symptomencomplex: 43jährige, ungemein abgemagerte Pat. mit großer Geschwulst der rechten Niere, seit Monaten bestehendem hectischen Fieber, permanenter Uebelkeit, häufigem Erbrechen, Widerwillen gegen Nahrung. Im Urin, dessen Menge herabgesetzt war (250—500 pro die), constanter (mikroskopischer) Blutgehalt, madenförmige Fibringerinnsel, die wegen ihrer Grösse nicht veränderten Nierenepithelien, sondern Geschwulstzellen zu entstammen schienen, Eiweißgehalt, Leukocyten, Cylinder.

Mit Entfernung der sarkomatösen Niere schwanden alle diese Erscheinungen, besonders das Fieber, das I. durch Resorption der Stoffwechselproducte des Nierensarkoms hervorgebracht glaubt. Das Prä-

parat (Demonstration) zeigt Ausgüsse der Kelche mit Geschwulstmasse einen sarkomatösen Thrombus der Vena renalis, der sich bis in die Vena cava fortsetzt. Bald nach vollendeter Wundheilung stellte sich ein locales Recidiv ein, mit welchem die alten Erscheinungen wieder auftraten und dem Pat. erlag.

3) Nierentuberculose.

I. hat in 12 Fällen von Nierentuberculose operirt, 11 Mal die Exstirpation, 1 Mal die Amputation der halben Niere gemacht. — Der erste Fall, den man in dieser Weise operirte.

Die betreffende Pat war eine 23jährige, hereditär tuberculös belastete Frau, 1/4 Jahr vor der Aufnahme erkrankt mit Blasenkolik, permanentem Harnzwang, tropfenweiser Urinentleerung, weiter alle 2—3 Tage sich wiederholenden Anfällen von linksseitiger Nierenkolik. Dabei Fieber (bis 42°); häufiges Erbrechen, schnelle Abnahme des Körpergewichtes.

Die linke Niere war weder in Rücken- noch Seitenlage zu fühlen, die rechte gesenkt, unvergrößert, unempfindlich. Druck auf die Kreuzungsstelle des linken Harnleiters mit der Linea arcuata pelvis schmerzhafter als rechts, von der Scheide aus stellte sich das im Becken gelegene Endstück des linken Ureters als dickerer Strang (gegen rechts!) dar. Im Urin rote Blutkörperchen, keine Tuberkelbacillen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt auf linksseitige Nierentuberculose, Operation.

Nach Aushülsung aus der Fettkapsel: die untere Hälfte der Niere zeigte sich normal, die obere grob gebuckelt, blaß hellgelb, mit fluctuirenden, sich scharf abhebenden Protuberanzen. In diesem Bezirke adhärirte die Fettkapsel innig der Niere. Die eingeschnittenen Protuberanzen ergaben krümelig-käsigen Inhalt, die so gebildeten Hohlräume entsprachen erweiterten ulcerirten Kelchen.

Da die Erkrankung auf die obere Nierenhälfte beschränkt war (der Harnleiter war völlig wegsam), amputirte I. dieselbe stückweise unter Digitalcompression des Nierenstieles.

Die Blutung stand nach minutenlanger Compression mittelst Gazebausch, zur Sicherung gegen Nachblutung nähte I. einen Jodoformgazetampon auf die Wundfläche des Nierenstumpfes fest.

In dem noch erhaltenen Parenchym der entfernten Stücke, in welchen nur noch stellenweise die Grenze zwischen Marksubstanz und Rinde erkannt werden konnte, fanden sich central getrübte Tuberkel, die sich histologisch und bacteriell als echte Tuberkel erwiesen. Die Wundheilung war normal, Pat. ist seit einem Jahre gesund, im fünften Monat Gravida.

Von besonderem Werte für die Differentialdiagnose zwischen Nierensteinkoliken und Nierentuberculose ist folgender Fall: 34jährige Pat., lange wegen „Nierensteinen“ anderwärts vorbehandelt, leidet an Dysurie, Schmerzen der linken Nierengegend, die nach dem Ureter ausstrahlen, später Gefühl dauernder Schwere in der linken Seite, Nierenkolik mit Frost. Die linke Niere ist vergrössert, im Urin weiße und zu Schollen ausgelaugte rote Blutkörperchen, ein Mal ein Cylinder. Supra- und infraclaviculäre Einziehung, unbestimmte Atemgeräusche; zwei Brüder an der Tuberculose erkrankt. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand sich ein die linke Uretermündung umgebender Hof von kleinsten weißen Knötchen, schließlich fanden sich auch in einer einzigen Urinprobe einige Tuberkelbacillen. Operation. Nach Freilegung der Niere zeigte sie ein haselnußgroßes Stück am unteren Pol durch eine Schnürfurche von der übrigen Niere getrennt (eine Art selbstständiger Lappen). Das obere Ende war kugelig aufgetrieben, durch blaßgelbe Farbe deutlich von dem Gros der Niere abgesetzt, und bei der Incision daselbst quollen käsige Massen hervor. Bei der Exstirpation der Niere wurde auch der Ureter so tief als möglich frei präparirt, abgetrennt, mit spitzem Glühdraht ausgebrannt, der Stumpf an der Bauchwand fixirt.

Das Präparat zeigt eine kleine Niere, die an ihrer oberen Spitze eine kirschengroße und einige ganz kleine, mit käsigem Material erfüllte kleine Höhlen beherbergt. Die Schleimhaut des Ureters läßt seichte, lenticuläre Geschwüre erkennen.

Die Beschwerden der Pat. sind nach der Operation geschwunden. Unter den 12 von I. operirten Fällen war die Tuberculose drei Mal ausschließlich beschränkt auf die eine Niere, zwei Mal auf eine Niere und Harnleiter, drei Mal auf eine Niere, Harnleiter und entsprechende Blasenhälfte, zwei Mal war die Blase in unbekannter Ausdehnung miterkrankt, ein Mal intensiv in ganzer Ausdehnung, ein Mal war die zweite Niere entweder schon bei der Operation tuberculös oder erkrankte wenigstens bald danach.

Nur ein Pat. starb unmittelbar nach der Operation an Shock — neben einer die ganze Leibeshälfte ausfüllenden tuberculösen Pyonephrose fand sich amyloide Entartung der anderen Niere —; eine zweite Pat. starb sechs Wochen nach der Operation (Urämie, vermutlich Tuberculose der anderen Niere), ein dritter Pat. später an tuberkulöser Meningitis; ein vierter an Amyloid des Darmes und der anderen Niere.

Die acht Ueberlebenden sind geheilt, von ihren Beschwerden befreit.

Das Vorhandensein einer „Schnürniere", welcher I. drei Mal bei Frauen begegnete — jedesmal links, hervorgerufen durch den Druck des in Folge linksconvexer Brustwirbelskoliose abgeflachten Rippenbogens auf die herabgesunkene Niere — kann leicht zu diagnostischen Irrtümern führen, so u. A. Darmgeschwülste vortäuschen. Eine Pat. mit Darmbeschwerden, Tenesmus, Verstopfung, konnte I. durch Fixation der Niere an normaler Stelle, wodurch gleichzeitig der spitzwinklig geknickte, absteigende Flexurschenkel — es bestand Enteroptose! — in die Höhe gehoben wurde, von ihren Leiden befreien.

Das Schnürstück war wallnußgroß, uneben höckerig, von dem übrigen Organ durch eine tiefe, 2 cm breite, bindegewebige, strahlige Depression getrennt. Die Niere selbst war verlängert, ihr Parenchym verschmälert, die Kelche sehr erweitert, so daß ein Zustand von chronischer Hydronephrose bestand.

4) Pyeloplicatio.

I. versteht darunter eine plastische Operation am Nierenbecken zum Zwecke der Heilung von intermittirender Hydronephrose.

Im ersten Falle (39jährige Frau, seit $^1/_2$ Jahre an heftigen mehrtägigen Schmerzen in der linken Nierengegend leidend) fand sich die Spitze des erweiterten Nierenbeckens mit dem Harnleiterabgang nach hinten statt nach unten gerichtet; ein Knickungswinkel am Abgange des Harnleiters blieb bestehen, auch wenn man ihn durch starkes Emporheben der Niere auszugleichen suchte; es war klar, daß der Abfluß des Urins aus dem Nierenbecken so lange ein unvollständiger sein mußte, als es nicht gelang, den Harnleiter an die tiefste Stelle zu legen. Dieses Ziel erreichte I. durch zweckmäßig eingelegte Nähte, die die gedehnten Wandungen des Nierenbeckens falteten (verengten und verkürzten). I. überzeugte sich vor Anlegung derselben durch Incision des Nierenbeckens und Eingehen mit einem Finger in dasselbe, daß nicht Steine oder eine Harnleiterklappe vorhanden sei, schloß die Oeffnung mit Katgutnähten nach Art der Lembert'schen Darmnaht und vernähte darüber die Wand in mehreren Schichten, von denen jede folgende in ihren Ein- und Aussichtspunkten sich erheblich weiter von der Schnittlinie entfernte als die vorhergehende.

Um dem Wiederauftreten einer Knickung an der Abgangsstelle des Harnleiters möglichst sicher entgegen zu wirken, wurde die Niere in einer gewaltsam nach oben gedrängten Lage an der hinteren Bauchwand fixirt und an der 12. Rippe durch Katgutnähte, die das Parenchym durchsetzen, aufgehängt.

In einem zweiten Falle (11jähriger Knabe) fand sich bei der Operation eine mehr als doppelt vergrößerte Niere mit einem bis zu

Kleinapfelgröße ausgedehnten Becken, und zwar so, daß in der Ebene des Sectionsschnittes die hintere Nierenbeckenwand erheblich stärker ausgedehnt und ausgebuchtet war als die vordere; der Harnleiter entsprang oberhalb des tiefsten Punktes des Nierenbeckens. Außerdem war er in einer gewundenen Lage durch bindegewebige, breite membranöse Adhäsionen an die Wand des Nierenbeckens fixirt, nach deren Trennung er wieder in eine fehlerhafte Stellung zurückfederte.

Nach Anlegen einer 2 cm langen Incision an der Hinterwand des Nierenbeckens wird als Ursache des Ausflußhindernisses eine stark ausgebildete Klappe im unteren Umfange der Harnleitermündung gefunden. Dieselbe wird durch einen 12 mm langen Scheerenschnitt in der Mitte durchtrennt, die beiden Hälften auseinander gezogen, und im Winkel des Schnittes die Schleimhaut des Harnleiters mit der des Nierenbeckens durch eine feine Katgutnaht vereinigt, eben so an jeder der beiden auseinander gezogenen Klappenhälften die Harnleiterschleimhautwand mit dem Nierenbeckenschleimhautrande durch je drei Katgutnähte. Das Nierenbecken wird als Sicherheitsventil offen gelassen, ein Drainrohr bis auf dasselbe geführt.

Heilung in 4 Wochen.

Fenger in Chicago verfährt in etwas anderer Weise, indem er nur eine einzige Sutur im Winkel des Schnittes anlegt und ein Bougie à demeure im Harnleiter beläßt, um die frischen Schnittränder vor Wiederverwachsung zu bewahren.

5) Acute Pyonephrose.

Ein 19jähriger Mann erkrankte 8 Tage nach der (ersten) Infection mit Gonorrhoe, ohne Blasencatarrh, unter Schmerzen im rechten Hypochondrium, nach weiteren 8 Tagen mit hohem Fieber. In der rechten Bauchmusculatur bretthарte reflectorische Spannung ohne Verwölbung, Oedem oder Verfärbung der Lendengegend; unter dem rechten Rippenbogen mit Mühe eine Geschwulst fühlbar. Wegen Mangels der Verwölbung der Lendengegend ist Paranephritis unwahrscheinlich, andererseits hätte acute Pyelonephrosis im Laufe von 8 Tagen nicht zu so erheblicher Nierenvergrößerung führen können. Ein von I. früher beobachteter und 1889 (in der Februarsitz. der Fr. Ver. d. Chir.) demonstrirter ähnlicher Fall ließ ihm die Annahme gerechtfertigt erscheinen, daß es sich hier um gonorrhoische Vereiterung einer latenten Hydronephrose handle, was sich bei der Operation bestätigte. I. machte die Nephrotomie, entleerte mehrere Liter nicht riechenden Eiters und fand, mit dem Finger eingehend, einen sehr großen, dünnwandigen Sack, der sich durch die napfförmig platt gedrückten Kelche als Nierensack documentirte. Nach 25 Tagen Exstirpation des seither enorm

geschrumpften Sackes. Für eine sehr alte Hydronephrose sprach (Demonstration des Präparates) der Umstand, daß eine Niere in 14 Tagen nicht in so hohem Grade verändert werden kann, außerdem auch eine characteristische Abweichung der Verlaufsrichtung des Harnleiters.

6) Nephrolithiasis.

I. führt von zahlreich beobachteten Fällen von Nephrolithiasis nur einen besonders bemerkenswerten Fall an: 11jähriger Knabe aus Friesland hatte im 3. Lebensjahre Masern mit Typhus, seither blutigen und übelriechenden Urin, im 6. Lebensjahre Abgang eines Steines mit Schmerzen in der linken Seite; später gingen weitere 20 Steine ab. Bei der Aufnahme war die linke Niere etwas größer und dicker als die rechte, Urin trüb alkalisch, mäßig eiterhaltig; nach 8 Tagen Einklemmung eines Nierensteines an der Wurzel des Penis (Urethrotomie!). Nach Freilegung der Niere zeigt sich diese bei der Betastung mit Steinen erfüllt; sie wird durch Sectionsschnitt unter Compression des Nierenstieles gespalten, zahlreiche Steine entfernt.

Die nach Art einer geöffneten Auster aufgeklappte Niere wird mit Jodoformgaze tamponirt, die beiden Hälften an den Wundrändern der Bauchwand angenäht, zum Zwecke medicamentöser Behandlung der Schleimhaut (Argentum, Borsäure), resp. Verhütung des Recidivirens der Phosphatsteine. Die Niere secernirt jetzt sauren Urin, Pat. ist geheilt.

7) Surgical Kidney.

Diese bösartigste Form der Niereninfection, welche, von den Harnwegen aufsteigend, in kürzester Frist zu einer Durchsetzung der Niere mit Hunderten und Tausenden von miliaren Abscessen und Entzündungsherdchen unter starker Schwellung des Organs und zu einer septico-pyämischen und urämischen Intoxication führt, wurde von I. in einem Falle, in dem sie nur einseitig auftrat, mit Erfolg operirt.

Bei einer 33jährigen Frau, bei der in Folge criminellen Abortes die Cervix durchbohrt und bei einer später vorgenommenen Exstirpation des septischen Uterus der Harnleiter verletzt war, sich außerdem eine Communication zwischen Scheide, Darm und Blase gebildet hatte, fand I. acht Wochen nach dem Abort die linke Niere fühlbar, weder vergrößert, noch empfindlich, die rechte bedeutend vergrößert, median bis fast zur Mittellinie, nach unten bis zur Interspinallinie reichend. Dabei Milzschwellung, Icterus, Albuminurie, trockene Zunge, häufiges Erbrechen, Fieber, Schüttelfrost. I. stellte die Diagnose auf rechtsseitige Surgical Kidney, linksseitige Nephritis septica und schritt trotz letzterer zur Exstirpation der rechten Niere, in der Hoffnung, daß

mit Entfernung derselben die septische Albuminurie schwinden würde. Pat. ist jetzt geheilt, die linke Niere zur Norm zurückgekehrt. Die abnormen Communicationen zwischen Darm, Scheide, Blase sind geschlossen. Die Niere (Demonstration des Präparates) ist fast auf das Doppelte vergrößert: $13^1/_2 : 9 : 4$, auf der Oberfläche prominiren miliare gelbe Herdchen, in der Rinde, wie an der Grenze von Mark und Rinde, besonders zwischen den Vasa recta der Ferrein'schen Pyramiden, zu Reihen gruppirt.

Die Nierensubstanz stark geschwollen, in der Rinde und den Papillarspitzen blaß anämisch. K.

Steiner: **Acute eitrige Paranephritis, entstanden durch Platzen eines Nierenabscesses.** (Freie Ver. d. Chir. Berlins, Sitz. vom 13. Januar 1896. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 13.)

Dem 70jährigen Pat., welchem die demonstrirten Organe entnommen sind, wurden ca. 40 Blasensteine durch die Sectio alta entfernt. Blasennaht. Afebriler Verlauf, Heilung per primam. — Nach 11 Tagen wurde Pat. aus dem Bette auf einen Stuhl gebracht. Er knickte nach einiger Zeit nach der linken Seite zusammen und fiel auf den Fußboden. Im Anschlusse hieran Fieber (39,5°), blutiger Urin, mit Cylindern, Fett und Detritus, hohem Eiweißgehalt. Am andern Morgen war eine Geschwulst in der linken Nierengegend zu fühlen. Die Haut darüber zeigte erysipelatöse Rötung. Probepunction ergab hämorrhagische Flüssigkeit, die sich mikroskopisch und chemisch ähnlich verhielt wie der Urin der letzten 12 Stunden. Der Pat., der eine schwere Myocarditis hatte, collabirte sehr rasch und starb. — Die Section ergab, daß ein pflaumengroßer Absceß, der sich vom Nierenbecken bis an die Nierenoberfläche erstreckte, — offenbar durch den beim Zusammenknicken des Patienten erfolgten Druck auf die Niere — durchbrochen war und seinen Inhalt, bestehend aus Eiter und einem Nierenstein, in das paranephritische Gewebe entleert hatte, woselbst eine bedeutende Phlegmone erkennbar war. K.

Franz Jordán: **Zwei geheilte Fälle von Perinephritis purulenta.** (Ver. d. Spitalsärzte zu Budapest, Sitzung v. 29. Jan. 1896. — Pest. med.-chir. Presse 1896, No. 10.)

Ein 22jähriger Dienstbote erkrankte angeblich vor mehreren Monaten an Peritonitis. An der rechten Brusthälfte findet sich auf der Rückseite vom unteren Drittel der Scapula abwärts eine Dämpfung und das Atmen ist daselbst nicht hörbar. Abends bedeutende Temperatursteigerungen. Nach 3 Wochen Auftreten von Cyanose, Eitererbrechen mit Erstickungserscheinungen, die mehrere Tage andauern, und damit gleichzeitig an der Außenseite der Scapula Lungeinfiltration constatirbar. Am 2. Tage des Eitererbrechens zeigte sich in der Lumbalgegend ein schmerzhafter, weicher

Tumor; die Punction entleerte Eiter. Die Operation ergab, daß der perinephritische Absceß in die Lunge perforirt war. Vollständige Genesung. — Der zweite Fall betrifft einen 23jährigen Mann, der seit Langem Schmerzen in der Lumbalgegend hat. Hohe abendliche Temperaturen, keine Prominenz in den Lenden. Auf Grund der Schmerzen wurde jedoch die Punction gemacht, worauf sich dicker, grünlicher Eiter entleerte. Am zweiten Tage Eiterharnen. — Keine weitere Operation. Die Heilung erfolgte durch Durchbruch in die Harnwege. K.

XII. Nebenniere.

Alfred Ulrich: **Anatomische Untersuchungen über ganz und partiell verlagerte und accessorische Nebennieren, über die sogenannten echten Lipome der Nieren und über die Frage der von den Nebennieren abgeleiteten Nierengeschwülste.** (Ziegler's Beitr. z. pathol. Anatomie, Bd. 18, H. 3. — Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 11.)

a. Zwei Fälle von subcapsulärer Lage der Nebenniere.

Im ersten Fall lagen beide Nebennieren unter der Nierenkapsel. Bemerkenswert war an diesen Nebennieren der vollständige Mangel der Marksubstanz.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine embryonale und partiell subcapsuläre Lagerung der Nebenniere, verbunden mit Versprengung kleinerer Teile unter die Kapsel der Niere, besonders am Pole derselben.

Die Entstehung der versprengten Nebennieren stellt sich Verf., wie Grawitz, so vor, daß durch das gegenseitige Wachstum von Niere und Nebenniere die letztere allmählich vom Nierengewebe abgehoben wird. An einzelnen Stellen bestehe jedoch ein inniger Zusammenhang, durch den Teile von der Nebenniere abgelöst werden und schließlich an der Niere haften bleiben. Nicht unwahrscheinlich ist es, daß die Lagerung solcher Teile in den embryonalen Furchen der Niere besonders die Verlagerung begünstigt. So können Nebennierenpartien durch Schluß einer Reniculusspalte ganz in das Nierengewebe hineingelangen (interlobuläre Absprengung nach Grawitz).

b. Accessorische Nebennieren.

Verf. fand accessorische Nebennieren: 1) in der Nähe der Nebenniere, 2) in der Nähe des Plexus solaris, 3) längs der Vasa spermatica interna, 4) am Nebenhoden, 5) am Ovarium, 6) unter der Nierenkapsel oder in der Nierenrinde. Sie bestanden nur aus Rindensubstanz.

c. Ueber die sogenannten Lipome der Niere.

Verf. hält die kleinen, bis kirschkerngroßen, in der Nierenrinde vorkommenden Knoten, die Cruveilhier, Beer, Virchow, Grawitz, Benecke u. A. für Lipome erklärten, für aberrirte Keime von Fettgewebe.

Er berichtet sodann über fünf Fälle, bei denen er „Lipome" der Niere fand, und zwar handelte es sich um rundliche, kleinere und größere Tumoren in der Nierenrinde. Sie lagen teils dicht unter der Kapsel, teils zerstreut in der Rinde, auch in der Marksubstanz, doch vorwiegend in der Nähe der gewundenen Canälchen. Nirgends fand sich eine bindegewebige Kapsel.

Nach U.'s Untersuchung sind diese Tumoren nicht echte Lipome. Das Fettgewebe repräsentirt das die Harncanälchen umfüllende lockere Bindegewebe. Die anscheinenden Fettkugeln sind entstanden aus confluirenden Fetttröpfchen an Stelle der untergegangenen Epithelien.

d. Ueber von Nebennierenkeimen abzuleitende Geschwülste.

Ein directer Beweis der Abstammung einer Nierengeschwulst von einem versprengten Nebennierenkeim würde nur dadurch erbracht, wenn die betreffende Geschwulst reell in einer solchen Verbindung mit zweifellosem Nebennierengewebe wäre, daß man berechtigt ist, sie als von demselben ausgegangen abzuleiten.

Verf. teilt zwei derartige Fälle eigener Beobachtung mit. Im ersten Falle handelte es sich um eine epitheliale Geschwulst der linken Nebenniere und Niere mit multiplen Metastasen. Die linke Nebenniere war partiell subcapsulär gelagert. Größe, Gestalt und Inhalt der Geschwulstzellen sprechen für die Abkunft von Nebennierenelementen. In allen Metastasen konnte in den Zellen Fett nachgewiesen werden. Die Anordnung der Zellen entspricht dem Character der Nebennierenrinde.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein dem Verfasser eingesendetes Präparat. Große Struma suprarenalis maligna dextra, central partiell cystisch zerfallen, continuirlich auf die Niere übergegangen. Es handelte sich wieder um partielle subcapsuläre Verlagerung der Nebenniere, von der die Neubildung ausgegangen war.

Sodann berichtet Verf. über einen Fall von Struma suprarenalis carcinomatosa aberrans, von dem das Präparat durch eine mit günstigem Resultate ausgeführte Nephrectomie gewonnen war. Makroskopisch und mikroskopisch zeigte der Tumor das Verhalten einer Struma suprarenalis aberrata carcinomatosa.

Dann teilt Verf. einen Fall von Struma aberrans maligna mit, wo das Präparat gleichfalls durch mit günstigem Erfolge ausgeführte Nephrectomie gewonnen wurde.

Weiterhin ein Fall von Struma suprarenalis accessoria. Es handelte sich um einen durch Laparotomie gewonnenen Tumor, der die ganze rechte Niere, mit Ausschluß eines kleinen Teiles am unteren Pole, einnahm.

Was nun die Histogenese der in Betracht kommenden Tumoren betrifft, so kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) sicher ist der suprarenale Ursprung dann, wenn die Entstehungsstelle in noch nachweisbarer Nebennierensubstanz erkennbar ist;

2) daran schließen sich die rein in der Niere gelegenen Knoten, deren histologische Structur gar keine Abweichung von den sicheren Fällen zeigt;

3) dazu kommen jene Fälle, wo neben atypischer Structur solche Stellen nicht fehlen, die mit den erwähnten Tumoren übereinstimmen;

4) abweichend gebaute Tumoren, welche den von Grawitz aufgestellten Kriterien entsprechen. Das Wichtigste hierbei ist die Fettinfiltration, die für die Nebenniere characteristisch, für die menschliche Niere unbekannt ist. Stark abweichende Structur widerlegt den suprarenalen Ursprung nicht, weil ja maligne Tumoren oft stark genug vom Muttergewebe abweichen, und zwar nach verschiedenen Richtungen. Immerhin ist aber, wenn auch in solchen Fällen der suprarenale Ursprung nicht geradezu widerlegt ist, derselbe doch andererseits schwächer gestützt. Der Glykogengehalt steht hinter der Fettinfiltration an Wert zurück, da er nicht nur bei bestimmten Tumoren typisch vorkommt, sondern auch ausnahmsweise in einer Tumorart sich findet, wo er für gewöhnlich nicht beobachtet wurde.

K.

XIII. Technisches.

1) Dr. Jos. Grünfeld (Wien): **Harnröhreninstrumente aus Glas.** (Wien. med. Wochenschr., 6. Juni 1896. Ibidem 9. Juli 1896.)
2) Janet und Claisse: **Zur Sterilisation der Sonden und Katheter.** (Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. I. u. II., 1896.)
3) Ernst R. W. Frank (Berlin): **Practische Notizen.** (Berl. klin. Wochenschr., 22. Juni 1896.)
4) Dr. Dufaux (Berlin): **Ueber einige urologische Hilfsapparate.** (Deutsche Medic.-Ztg., 25. Mai 1896.)
5) Dr. F. Hofmeister (Tübingen): **Ueber Sterilisation von Spritzen durch Auskochen.** (Centralbl. f. Chir., 4. Juli 1896.)
6) Dr. A. Harth (Wien): **Vorrichtung zur Aufbewahrung der zu subcutanen Injectionen dienenden Nadeln.** (Wien. med. Wochenschr., 7. März 1896.)

Die Erfüllung der Anforderungen, welche die Lehre von der Asepsis in Bezug auf das Instrumentarium des Arztes stellt, bietet auf keinem Specialgebiete so viel technische Schwierigkeiten, wie auf dem der Urologie, teils auf Grund der äußeren Form der Instrumente, teils in Rücksicht auf das Material, aus welchem diese bestehen. Das Bestreben, diese Schwierigkeiten zu überwinden, brachte Grünfeld (1) auf den Gedanken, die für die Harnröhre bestimmten Instrumente, Katheter, Sonden, Endoskope aus Glas herstellen zu lassen. Dieses Material bietet den Vorzug, dass es durch Kochen in Sodalösung leicht und sicher sterilisirt werden kann, daß es bei seiner Einführung in die Urethra keiner Anfettung bedarf, und daß es in Folge seiner glatten Oberfläche die Harnwege weniger reizt, als dies bei Einführung von Metall- oder gar elastischen Instrumenten geschieht. Diesen Vorzügen steht allerdings der Nachteil der leichten Zerbrechlichkeit gegen-

über. In seiner ersten Publication vertrat G. nach den bis dahin gemachten mehrjährigen Erfahrungen noch die Ansicht, daß dieser Umstand bei entsprechender Vorsicht nicht sehr in's Gewicht falle; es war niemals ein Unfall passirt. Wenige Wochen später kam jedoch der hinkende Bote in Gestalt eines in der Urethra abgebrochenen Sondenstückes nach, das in die Blase geriet und die Vornahme der Sectio alta erforderte. Wenn G. trotz dieses unglücklichen Ereignisses für die weitere Verwendung der Glasinstrumente eintritt, da man bei einer genauen Besichtigung derselben vor ihrem Gebrauch eine eventuelle Schadhaftigkeit leicht feststellen könne, so ist dem gegenüber an den ersten Grundsatz allen Heilens, das „Nil nocere" zu erinnern. Wir werden gut daran thun, uns gegenüber dieser Neuerung reservirt zu verhalten und es bei der Verwendung der bisher im Gebrauch befindlichen Instrumente zu belassen. Seit Benutzung des Formalins ist übrigens die Frage der Sterilisation der Harnröhreninstrumente ihrer Lösung ein bedeutendes Stück näher gerückt.

Nach Janet und Claisse (2) genügt ein Aufenthalt von 48 Stunden in Formoldämpfen zur völligen Sterilisation von Gummikathetern und Sonden. Erstgenannter Autor empfiehlt zur Vornahme der Sterilisation große viereckige Metallkästen, in denen die Katheter auf durchlochten Platten liegen, Claisse bedient sich luftdicht verschlossener Glascylinder. Vor dem Gebrauch müssen die Instrumente von dem anhaftenden Formol durch Abreiben oder Abspülen befreit werden, da das Formal auf die Harnröhre stark reizend wirkt.

Noch besser thut man, an Stelle des Formalins das Trioxymethylen, ein Polymerisationsproduct des ersteren, zu verwenden. Es hat sich nämlich gezeigt, daß bei lange fortgesetztem Gebrauch des Formalins sich der in dem Präparat stets mitenthaltene Wasserdampf störend bemerkbar macht, besonders wenn es sich um elastische und Gummikatheter handelt. Diese Störung fällt bei Verwendung des Trioxymethylens fort, eine Beobachtung, die Ernst R. W. Frank (3) bestätigen konnte. Handelt es sich jedoch um die gleichzeitige Sterilisation großer Mengen von Instrumenten, so ist nach den Angaben dieses Autors das Formalin vorzuziehen, weil es in größeren Räumen schneller wirkt als das Trioxymethylen. In diesen Fällen begegnet man der Einwirkung des im Formalin enthaltenen Wasserdampfes durch gleichzeitiges Einlegen von Chlorcalcium in den Apparat. Instrumente mit sehr engen Canälen, wie Ureterenkatheter und Irrigationscystoskope werden übrigens nach Janet's Versuchen selbst bei 48stündigem Aufenthalt in Formalindämpfen nicht absolut sicher steril. Frank schlägt vor, beim Einlegen dieser Instrumente in die Formalindämpfe letztere mit einer Spritze durch die Canäle hindurchzusaugen.

Hat man nun die Instrumente zuverlässig sterilisirt, so bildet eine weitere Sorge die wirklich sterile Aufbewahrung derselben. Für elastische Sonden und Katheter giebt in dieser Beziehung Dufaux (4) einen sehr brauchbaren Apparat an. Derselbe besteht aus einem Glascylinder, der oben geweitet ist und durch einen eingeschliffenen Glasdeckel staubdicht abge-

schlossen wird. In der Weitung des Cylinders liegt eine vernickelte neusilberne Platte mit Knopf, die eine Filière Charrière trägt. Die gereinigten, desinficirten und gehörig getrockneten Instrumente werden, ein jedes in das entsprechende, mit der betreffenden Nummer der Filière versehene Loch eingehängt. Um ihren sterilen Zustand zu sichern, werden in die sterilisirten Cylinder Formalinpastillen und einige Chlorcalciumstücke, oder besser nur die letzteren, geschüttet.

Auf dem ersten Demonstrationsabend der Berliner dermatologischen Gesellschaft, wo dieser Apparat demonstrirt wurde, machte **Dufaux** die Anwesenden noch mit zwei weiteren urologischen Hilfsapparaten bekannt, deren Beschreibung von Interesse sein dürfte. Der eine, ein Glyceringießer, soll eine sterile und sparsame Anwendung des Glycerins ermöglichen. Der kleine Apparat besteht aus einem massiven Ständer mit schwerem gußeisernen Fuß, der einen auf- und abbeweglichen, in jeder Höhe fixirbaren Hohlcylinder trägt. Auf diesem ruht, leicht abnehmbar, eine schräg von oben nach unten verlaufende Hohlrinne, deren unteres Ende tüllenförmig zugespitzt ist. Zum Gebrauch stellt man den Hohlcylinder so ein, daß ein geeignetes Gefäß unter dem tüllenförmigen Ende der Hohlrinne Platz findet. Nun legt man das zu benutzende Instrument in die Rinne und begießt es unter Hin- und Herdrehen tüchtig mit Glycerin. Das überschüssige Glycerin läuft in das untergestellte Gefäß und wird, wenn letzteres gefüllt ist, durch Auskochen wieder sterilisirt.

Ein urologischer Untersuchungs- und Operationsstuhl bildete den weiteren Gegenstand der Demonstration. Derselbe besteht aus einem etwa tischhohen, mit Polster versehenen Teil, an dem auf der einen Seite Kniestützen und Fußhalter angebracht sind, während sich an die andere Seite ein niederer, mit Linoleum bedeckter Teil anschließt. Diese letztere Seite ist für urologische Zwecke bestimmt. Dabei sitzt der Patient am Ende des höheren Teiles, der sich zu etwa dreiviertel seiner Länge nach dieser Seite hin als Rückenlehne aufrichten und beliebig hoch feststellen läßt, während er die Beine auf die niedere Bank lang ausstreckt. Eine 2 m lange Eisenstange an der linken Seite dient dabei als Irrigatorträger. Dieselbe kann für Janet'sche Irrigationen in verschiedener Höhe festgestellt werden. Ein kleeblattförmiges Metallbecken, das durch einen durch den niederen Teil des Stuhles hindurch geführten Schlauch mit einem untergestellten Eimer in Verbindung steht und das sich der Patient zwischen die Beine nimmt, dient zum Abführen der Spülflüssigkeit. Die andere mit Bein- und Fußhaltern versehene Seite des Stuhles dient für gynäkologische, endoskopische und cystoskopische Untersuchungen. Für erstere wird wieder aus dem höheren Teil, auf dessen entgegengesetztem Ende nun das Becken der Patientin ruht, eine etwas kürzere Rückenlehne nach dieser Seite hin in die gewünschte Höhe gebracht. Ein ausziehbarer Blechkasten nimmt hier die Spülflüssigkeit auf. Für cystoskopische Untersuchungen wird die Rückenlehne mehr zurückgelegt, die Fußhalter werden zur Aufnahme der Füße eingestellt, die Kniestützen dagegen heruntergelassen. Zur Endoskopie sitzt

der Patient aufrecht mit etwas gegen die Rückenlehne zurückgelegtem Oberkörper, während die Beine auf einem vor dem Stuhl befindlichen Tritt aufstehen. Zur Ausführung von Operationen jedweder Art endlich liegt der Kranke auf dem höheren, tischartigen Teil, die Beine entweder auf die niedere Bank gestreckt oder auf den Tritt aufgestellt oder in die Kniestützen eingehängt. Zur Beckenhochlagerung kann man dann noch die Tischplatte auf der freien Seite hochstellen. An beiden Seiten des Tisches ist eine ausziehbare Holzplatte zur Aufnahme von Schüsseln, Instrumenten etc. angebracht. Gegenüber dieser vielfachen Verwendbarkeit zeichnet sich der Dufaux'sche Tisch in der That durch überraschende Einfachheit seiner Construction aus.

Um nach dieser kleinen Abschweifung nochmals auf das Formalin zurückzukommen, so hat sich dieses Präparat auch bei der Sterilisation von chirurgischen Spritzen gut bewährt. Die zahlreichen, für „aseptische Spritzen" angegebenen Modelle haben die althergebrachte Lederstempelspritze bekanntlich nicht zu verdrängen gemocht. Der Sterilisation dieser durch Auskochen stand jedoch bisher der Umstand im Wege, daß das Leder durch diese Procedur unbrauchbar wird. Legt man nun das Leder vor dem Auskochen 24 Stunden in 2—4proc. Formalinlösung, so verträgt es nach Untersuchungen, die Hofmeister (5) angestellt hat, den Sterilisationsproceß, ohne irgend welchen Schaden zu nehmen. Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: 1) Stempel und Dichtungsring der Spritze werden herausgenommen und durch Aether oder Petroleumäther von dem Fett befreit, mit welchem sie in der Fabrik beladen werden; 2) hierauf kommen sie auf 24—48 Stunden in 2—4proc. Formalinlösung; 3) nach beliebig langem Auswaschen des Formalins kann die Spritze wieder zusammengesetzt werden und ist kochfertig; 4) zum Zweck des Kochens wird die Luft vor und hinter dem Stempel durch Hin- und Herschieben derselben unter Wasser vertrieben. Mit Rücksicht auf das Glas muß die Spritze natürlich in kaltes Wasser gelegt und dann allmählich erwärmt werden; 5) von Zeit zu Zeit ist die Formalinbeize zu wiederholen. Es empfiehlt sich, nach der Entfettung die angefeuchteten Stempel auf ihre Dichtigkeit zu prüfen. Sind sie dann dicht, so werden sie auch durch die Kochprocedur nicht undicht. Verwendbar für dieses Verfahren sind übrigens nur solche Spritzen, die nur aus Glas, Metall und Leder bestehen, bei denen also die Metallteile nicht durch Kitt, sondern durch Gewinde am Cylinder befestigt sind.

Von größerer practischer Bedeutung als der sterile Zustand der Spritze dürfte jedoch wohl die Sterilität der Canülen sein. In dieser Beziehung ist eine Vorrichtung von Interesse, die Harth (6) beschreibt und die zur sterilen Aufbewahrung der Nadeln dient. Dieselbe besteht im Wesentlichen aus einem beiderseits offenen Glasröhrchen, das durch zwei Hartgummipfropfen luftdicht verschließbar ist. An diesen befindet sich je ein konischer Zapfen, der zum Aufstecken der Canülen dient. Die Röhre samt Verschluß ist nicht länger, als die Spritze selbst und kann neben derselben im Etui untergebracht werden. Lewy (Berlin).

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. M. Weinrich (Berlin): **Ueber Cocain-Intoxication von den Harnwegen aus.** (Berliner klin. Wochenschr. 1896, No. 12.)

W. berichtet über 2 Fälle von Intoxication, von denen der erste in der Praxis des Dr. Nitze sich ereignet hatte. Der 37 Jahre alte Patient war schon 5 Mal ohne Nebenerscheinungen unter Cocainanästhesie (Einspritzung einer frischen Cocainlösung von 2,0 : 30,0 durch die Urethra in die Blase und nachherige Entfernung der Cocainlösung schließlich durch Katheter) cystoskopirt worden; es war ihm dann unter Cocainanästhesie ein pflaumengroßer Blasentumor entfernt worden; 60 Stunden nach der Operation wurde noch einmal in derselben Weise cocainisirt; jetzt kam es zu einer schweren Intoxication, gleich nach der Injection Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, dann Bewußtlosigkeit und heftige clonische, mitunter tonische Krämpfe, unregelmäßige Respiration, die schließlich den Cheyne-Stokes'schen Typus annahm, Pupillen ad maximum erweitert, Conjunctivalreflex erloschen, Gesichtscyanose, langsamer, schwacher, unregelmäßiger Puls. Wegen der schlechten Respiration mußten künstliche Respirationsbewegungen gemacht werden. Regelmäßige, wenn auch schwache Atmung stellte sich nach 45 Minuten ein, dann wurde auch der Puls voller. Der Pat. reagirte erst nach 2½ Stunden auf Anrufen, und erst nach 3½ Stunden kehrte das Bewußtsein wieder. Erst nach 7 Stunden konnte der Pat., der noch über Schwindel, Trockenheit im Munde, Uebelkeit und Erbrechen klagte, zu Fuß in seine Wohnung gehen. Der erste Urin enthielt rote Blutkörperchen, keine renalen Elemente. Nach 7 Tagen wurde der Pat. noch einmal cocainisirt (Sol. Coc. Merck 1,0 : 30,0), ohne Andeutung von Intoxicationserscheinungen

Im zweiten Falle traten bei einem 80 Jahre alten Manne, der schon einmal eine Cocainlösung ohne Schaden eingespritzt erhalten hatte, nach der 8 Tage nach der ersten Injection vorgenommenen Einspritzung von Cocainlösung **2.0 : 30.0** Intoxicationserscheinungen auf, die nacheinander in Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, heftigen clonischen Krämpfen mit vollkommener Bewußtlosigkeit bestanden. Die Krämpfe wurden durch eine leichte Chloroformnarcose unterdrückt. Nach 4½ Stunden kehrte das Bewußtsein wieder. Nachteilige Folgen von der Cocainintoxication traten später nicht mehr ein.

Nach W. ist in diesen Fällen die ohne Zweifel bestehende aber sehr geringfügige Resorptionsfähigkeit der Urethral- und Blasenschleimhaut nicht als Ursache für die Intoxication anzusehen, auch nicht eine Prädisposition oder Idiosyncrasie der Personen, die häufiger vorher cocainisirt worden waren, sondern man muß sich damit abfinden, daß das Cocain ein Arzneimittel ist, das ohne Analogie, zu verschiedenen Malen bei demselben Individuum angewendet, gelegentlich einmal aus uns unbekannten Gründen die heftigsten Intoxicationserscheinungen zur Folge hat, während es vorher und nachher nur die uns bekannten und beabsichtigten physiologischen Wirkungen auf den menschlichen Organismus entfaltet.

Bei der Therapie der Cocainintoxication hat man neben der Bekämpfung der Krämpfe durch Chloroform etc. etc. seine besondere Aufmerksamkeit der Atmung zuzuwenden, da Respirationslähmung die Todesursache ist. W. hält auch den Vorschlag Gauchier's beachtenswert, der Cocainlösung Nitroglycerin zuzufügen in folgender Form:

Coc. mur. Merck **0,2.**
Aq. dest. . . . . **10,0.**
Sol. Nitroglycerin (1 pCt.),
gtt. X.

Bock.

Dr. Görl (Nürnberg): **Ueber Eucaïn in der dermatologisch-urologischen Praxis.** (Therapeut. Monatshefte 1896, No. 7.)

Nach den Erfahrungen G.'s genügt, um die Blase und die Harnröhre unempfindlich zu machen, eine ½ proc. Lösung von Eucaïnum hydrochloricum in Wasser; für die Lösung kann man Brunnenwasser nehmen; beim Kochen zersetzt sich das Eucaïn nicht. Das Eucaïn besitzt gering reizende Eigenschaften und ruft ein etwa ½—1 Minute dauerndes brennendes Gefühl hervor, doch wird man trotz dieses kleinen Uebelstandes Eucaïn dem Cocaïn vorziehen wegen der Thatsache, dass das Eucaïn weniger giftig (und auch billiger) als das Cocaïn ist. Wegen der hyperämisirenden Wirkung des Eucaïn wird man es für die Cystoskopie in allen den Fällen nicht anwenden, in denen ein Tumor oder Läsionen, die zu Blutungen neigen, vermutet werden; auch dann, wenn man öfter am Tage die Harnröhre anästhesiren muss, wie bei Verätzungen der Harnröhre, um das Uriniren zu erleichtern, wird man Cocaïn vorziehen; sonst kann man das Eucaïn als vollkommen ebenbürtig dem Cocaïn verwenden. Bock.

In einem Aufsatz **„über die Gefahren des Cocains und über Tropacocain als Ersatzmittel des Cocains“** von Foltân Vámossy, in dem der Verf. das bisher fast nur in der Augenheilkunde erprobte Tropacocain wegen seiner geringeren Giftigkeit als Ersatzmittel des Cocains empfiehlt, finden sich folgende Angaben aus der Litteratur über Cocainvergiftungen von den Harnwegen aus: Die kleinste letale Dose von der Urethra aus betrug 0,8 g, von der Blase aus wirkten noch 5,25 g nicht letal. Unter 99 Fällen von Cocainintoxication nach der Statistik von Mannheim[1]) finden sich je drei nach Cocaininjection in die Blase und in die Urethra, und von den 176 Fällen Falk's[2]) kommen vier auf eine Intoxication von der Blase, neun von der Urethra aus.

E. Heuss: **Ueber Xeroform (Tribromphenolwismuth), ein neues pulverförmiges Antisepticum.** (Therap. Monatshefte, April 1896.)

H. empfiehlt das Xeroform angelegentlich bei Ulcera mollia, beinahe als Specificum. Heilung in 8—14 Tagen. Anwendung gleich dem Jodoform als Streupulver (in dünnster Lage) oder als Gaze. Eine Hauptbedingung des Erfolges bei dem in alkalischer Lösung in das kräftig antiseptisch wirkende Tribromphenol und in Wismuthoxyd sich spaltende Xeroform besteht darin, daß dasselbe mit dem lebenden Gewebe, d. h. mit dem von allem Eiter, nekrotischen Massen gereinigten Ulcus in Berührung kommt. Zur Beschleunigung der Abstoßung des Detritus empfiehlt sich eventuell eine vorangehende Aetzung mit Phenol. liq. H.

Nimier: **Primäre Tuberculose der Harnwege mit Miliartuberculose.** (Soc. anatomique zu Paris, 7. Juni.)

Die Untersuchung des 45jährigen Mannes ergab im Anfang nur spärliche Geräusche der linken Spitze, Temperatur von 38° und die Anamnese, daß Pat. keinen Appetit mehr hätte. Vierzehn Tage später erschien ein bimalleoläres Oedem, in der Brust hört man reichliches Bronchialrasseln, der Bauch bläht sich auf, die erhöhte Temperatur und der typhöse Zustand gestatteten die Diagnose der Miliartuberculose. Drei Wochen nach seinem Eintritt war Pat. tot. Die Autopsie zeigte unzählige Tuberkel in beiden Lungen, der Bauch enthielt eine seröse Flüssigkeit. Die Nieren zeigten alte Processe der Tuberculose. Der linke Ureter war von seinem Ursprung bis zur Mündung in einen starren Strang von Fingerdicke verwandelt. Bei der Oeffnung erwies sich, daß die Schleimhaut ganz zerstört, an deren Stelle eine fungöse Membran vorhanden war. Im Centrum der vergrößerten Prostata bemerkte man einen erbsengroßen Tuberkel. Die Samenblase der linken Seite war mit einer verkalkten Käsemasse erfüllt. Hz.

---

1) Zeitschr. f. klin. Medic. 1891, Bd. 17.

2) Therap. Monatsh. 1890.

Foss: **Die Desinfection der Harnwege durch inneren Gebrauch von Enterol.** (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg., VII. Bd., 5. Heft, 1896.)

Verf. verwendet hierzu das Enterol, eine als Gegenproduct der Darmfäulnis entstehende eigentümliche Mischung der Enterokresole, welche nach erfolgter Resorption und Durchgang durch den Körper selbigen als gepaarte Aetherschwefelsäure im Harn wieder verläßt. Bei dieser Durchkreisung bleiben angeblich 80 pCt. im Darm zurück, während nur 20 pCt. durch den Harn ausgeschieden werden. Auf dieser doppelten Eigenschaft soll die Wirkung bei Krankheiten des Harnapparates beruhen. Das angeblich absolut reizlose Enterol wird am besten in Pillen- oder Kapselform (Enterol. Ol. oliv. à 0,25 täglich bis 20 Stück) genommen und ist indicirt bei acuten Fällen von Cystitis, Pyelitis, operativen Eingriffen in den Harnwegen, acuter Gonorrhoe bei Vermeidung jeder topischen Behandlung. Contraindication: acute Nephritis, Stauungsniere, Herzschwäche. In chronischen Fällen empfiehlt sich eine Combination von Enterol mit localer Behandlung. — Die Desinfection erscheint uns auf diesem Wege recht zweifelhaft, zum mindesten läßt sie sich bei operativen Maßnahmen wohl sicherer durch die üblichen Methoden erreichen. Stockmann-Königsberg.

II. Harn und Stoffwechsel.

N. de Dominicis (Neapel): **Die Oxalurie.** (Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 18 u. ff.)

D. giebt nach einer kurzen historischen Einleitung eine Zusammenstellung der außerordentlich zahlreichen, über „Oxalsäure-Diathese", über „Bildung und Vorkommen der Oxalsäure", „Symptomatologie, Pathogenese und Aetiologie der Oxalurie" vorliegenden Untersuchungen und Theorien — ohne daß an einer Stelle mit wünschenswerter Präcision gesagt wird, was unter Oxalurie zu verstehen sei: ein physiologischer oder pathologischer Vorgang. Es scheint indeß, daß Verf. eine physiologische und eine pathologische Oxalurie unterscheidet, und daß, wo von Oxalurie schlechthin die Rede ist, immer die letztere gemeint sei. Wo aber die Grenze zwischen beiden liegt, wann man eine pathologische Oxalurie anzunehmen habe, darüber erhält man keinen Aufschluß: es fehlt die Definition dessen, worüber auf 18 Seiten abgehandelt wird. An einer Stelle der Arbeit werden übrigens wieder die Begriffe „Oxalurie" und „Gegenwart von oxalsaurem Kalk im Harne" vom Verf. als identisch gebraucht. Welcher Wert hiernach den Erörterungen des Verf.'s selbst, die sich im Anschluß an die ausgiebige Litteraturzusammenstellung finden, zukommt, ergiebt sich von selbst.

Als „unzweifelhaft feststehend“ erscheinen dem Verf. folgende Punkte:

„a. Starke Oxalurie kann bei den verschiedenartigsten Krankheitsformen vorkommen. Sehr häufig findet man sie bei Dyspepsien, oft auch bei Erkrankungen des Centralnervensystems.

b. Sie findet sich nach Genuß gewisser Substanzen, ruft aber keinerlei Erscheinungen einer allgemeinen Stoffwechselstörung hervor.

c. Nach Primavera findet man Oxalurie sehr häufig bei Genuß von Kohlehydraten, sehr selten bei einer absoluten Fleischkost. Und auch in diesem Falle wird die Oxalsäure auf Kosten der im Fleische vorhandenen Kohlehydrate gebildet.

d. Bei vielen Leuten ruft Darreichung von oxalsaurem Kalk und harnsaurem Ammon keine Vermehrung der Oxalurie und keinerlei Krankheitssymptome hervor (Petteruti).

e. Bei Hunden, denen die Thyreoidea exstirpirt wurde, oder deren Nieren sich in einem abnormen Reizzustand befinden, tritt eine gesteigerte Ausscheidung von oxalsaurem Kalk im Harne auf (de Dominicis).

f. Die Oxalurie weist nicht immer den ihr zugeschriebenen Symptomencomplex auf. Schwere anatomische oder functionelle Magenstörungen, wie bei Influenza, führen selten oder wenigstens nicht häufig zur Oxalurie (de Dominicis).“

D. kann nicht verstehen, wie man die Oxalurie als eigene Krankheit oder auch als eigenartigen Krankheitsbegriff hinstellen kann. Man muß die Oxalurie ebenso wie die Glykosurie für eine Abweichung vom normalen Ablauf des Stoffwechsels ansehen, deren Mechanismus uns bisher ganz unbekannt ist. D. glaubt zu der Ansicht berechtigt zu sein, daß auch die Entstehung von oxalsaurem Kalk im Organismus als Autointoxication aufzufassen sei.

In dem Abschnitt „pathologische Anatomie“ spricht Verf. von Ablagerungen von oxalsaurem Kalk und der hierdurch bedingten Obturation kleinster Capillaren mit ihren Folgeerscheinungen — Necrosen, Blutungen, Embolien. D. erinnert „an die zuweilen beobachteten Darmblutungen, Blasen- und Nierenblutungen“. Sehr häufig beobachtete D. bei Kranken mit starker Oxalurie das Auftreten von Lungenblutungen, die nach dem Schwinden des oxalsauren Kalkes nicht wieder auftraten. Bei ca. 100 dieser Fälle traten öfters spurlos wieder verschwindende Hämoptoen auf. Selten (!) kam es zu schweren tuberculösen Processen oder anderweitiger Läsion der Atmungsorgane.

Die Leyden'schen Asthmacrystalle bestehen häufig aus oxalsaurem Kalk. D. selbst sah viele Asthma-Anfälle, die er auf Autointoxication vom Darm her zurückführte, von starker Oxalurie begleitet. — Weitere wichtige anatomische Befunde sind die Verstopfungen der Harncanälchen durch oxalsauren Kalk mit ihren Folgen: der reactiven Nierenentzündung, Pyelitis und Blasenentzündung, welche zu Nierenkoliken und schweren Harnveränderungen Veranlassung geben. K.

Aristow: **Ueber die Oxalurie.** (Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. — St. Petersb. medicinische Wochenschr. 1896.)

Nach Anführung der Litteratur und genauer Wiedergabe der Krankengeschichten einiger selbst beobachteter Fälle kommt Autor zum Ergebnis, dass im Harn nicht so selten große Mengen oxalsauren Kalkes erscheinen, wobei heftige Schmerzen im Kreuz und in verschiedenen Gelenken auftreten. Wahrscheinlich sind diese Schmerzen auf Ablagerung der oxalsauren Krystalle in den Gelenkbändern zurückzuführen, ähnlich wie bei Gicht. Die Anhäufung der Krystalle führt zur entzündlichen Schwellung der Gewebe und zur Temperaturerhöhung. Autor beobachtete außerdem Patienten mit temporärer Oxalurie, die an Tuberculose, Krebs, Diabetes litten. Die Oxalurie zeugt sowohl bei selbstständigem Auftreten, als auch bei secundärem Hinzutreten zu anderen Erkrankungen von Anomalien im Stoffwechsel. Die stets beobachtete relativ geringe Ausscheidung von Harnstoff in Verbindung mit Fehlen von Oxalurie bei hohen Temperaturen veranlasst Autor, sich für die Bouchard'sche Ansicht zu erklären, die darin gipfelt, dass die Oxalurie ein Zeichen von vermindertem Stickstoffzerfall ist. Bei gesunden Menschen wurde niemals eine stärkere Ausscheidung von oxalsaurem Kalk *beobachtet*. Das häufige Auftreten von Oxalurie berechtigt Autor zur Annahme, dass bei genauerem Studium dieselbe mehr Bedeutung gewinnen wird, als es bis jetzt der Fall war. Li.

Diabetes.

M. Heimann (Schwäbisch-Hall): **Traumatische Neurose und Diabetes mellitus.** (Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 15.)

Bei einer 50jährigen Frau zeigten sich mehrere Monate nach einem schweren Trauma, nach Verheilung der äußeren Verletzungen, die Symptome eines Diabetes mellitus complicirt mit traumatischer Neurose — ein Bild, wie es von Brouardel und Richardière[1]) und von Ebstein[2]) beschrieben worden ist. Es handelte sich auch in diesem Falle wie in denen der genannten Autoren um einen Diabetes decipiens und zwar einen Diabetes decipiens intermittens. Ob der traumatische Diabetes in der Verbindung mit Neurose immer oder wenigstens mit Vorliebe diesen Character annimmt, muß durch weitere Erfahrungen eruirt werden. Der Mangel an Polydypsie und Polyurie in dem Falle des Verf.'s ist vielleicht auch *durch* den geringen quantitativen Gehalt an Zucker (0,24 pCt.) bedingt gewesen. Im Gegensatze zu den Fällen von Ebstein war hier keine persönliche oder familiäre Disposition nachweisbar. K.

---

[1]) Brouardel und Richardière: Du diabète traumatique au point de vue des expertes médico-légales. (Annal. d'Hygiène publ., III. série, T. XX, pag. 418.)

[2]) W. Ebstein: Traumatische Neurose und Diabetes mit besonderer Berücksichtigung des Unfallversicherungsgesetzes. (D. Arch. f. klin. Med. 54. Bd., 3. u. 4. Heft, pag. 361.)

Jacoby: **3 Fälle von Diabetes mellitus, complicirt mit Epilepsie.** (New-Yorker medicinische Wochenschrift. — Wratsch 1896, No. 30.)

1) Die 22jährige Patientin, deren Vater an Diabetes mellitus starb, zeigte innerhalb einiger Monate sämtliche Grundsymptome derselben Krankheit, als sie plötzlich nach einigen Brechanfällen, die mit Uebelkeit, Schwindel und Diarrhoe einhergingen, von einem epileptischen Anfall ergriffen wurde, der innerhalb der nächsten 24 Stunden sich 12 Mal wiederholte. Während der darauf folgenden 3 Tage traten die epileptischen Anfälle seltener auf und blieben hierauf 22 Tage ganz fort. Später stellten sie sich zwar wieder ein, traten aber nur sehr selten auf. Zur Zeit der Anfälle konnte im Harn Aceton nachgewiesen werden, nach den Anfällen war der Harn wieder acetonfrei. Nach einem halben Jahre gingen die Anfälle in Somnolenz über, während welcher auch der Tod der Patientin erfolgte.

2) Der 17jährige Patient magerte in den letzten 3 Jahren sichtlich ab und überstand während dieser Zeit 10—12 epileptische Anfälle, die einige Minuten anhielten. Nach 1½ Jahren ließ der Patient Symptome von Diabetes mellitus erkennen. Als gegen letztere Erkrankung eine energische Therapie eingeleitet wurde, besserte sich der Zustand des Patienten und die epileptischen Anfälle blieben längere Zeit aus. Nach Ablauf eines Jahres trat der Diabetes in heftigerer Form auf; gleichzeitig stellten sich die epileptischen Anfälle in der Form des Petit mal wieder ein, und der Pat. ging nach einiger Zeit zu Grunde.

3) Der 34jährige Patient leidet seit einem halben Jahre an Diabetes mellitus und überstand während dieser Zeit ca. 20 epileptische Anfälle. Dieser Fall befindet sich noch in Beobachtung.

Die bei Diabetes mellitus auftretende Epilepsie muß als eine toxische angesehen werden, wie es die Epilepsia alcoholica, Ep. saturnina und Ep uraemica sind. Die Vergiftung entsteht in Folge des Acetons, so daß man hier von einer Epilepsia diabetica oder acetonica sprechen kann. Daß diese Art von Epilepsie verhältnismäßig selten zur Beobachtung gelangt, wird wohl dadurch zu erklären sein, daß die meisten Kranken, bei denen sich eine Antointoxication durch Aceton entwickelt, sehr rasch im Zustande von Somnolenz zu Grunde gehen. Es giebt jedoch auch chronische und intermittirende Formen dieser Vergiftung. Li.

Charrin: **Milchdiät bei Diabetikern.** (Soc. de Biologie nach La Semaine médic. 1896, No. 30.)

Die Häufigkeit der Albuminurie, ebenso die gastrischen un hepatischen Störungen bei Diabetikern führten zu der Ueberlegung, ob nicht die Milchdiät für diese Kranken besondere Vorteile hätte. Man hat nun angenommen, dass der Milchzucker die Glykosurie vermehren könnte. Ch. hat auf seiner Station Milchdiät bei Diabetikern angeordnet und gefunden, dass, falls man bestimmte Dosen nicht überschreitet, die Glykosurie nicht zunimmt, eher

zurückgeht. Das Gleiche haben Bouchard und Chauveau constatirt. Man darf aber bestimmte Grenzen nicht überschreiten, daher nicht mehr als drei Liter Milch täglich geben. Holz.

Karl Grube (Neuenahr):

1) **Beiträge zur Aetiologie und Klinik der Zuckerkrankheit.** (Münchener med. Wochenschrift No. 23 und 24, 1896.)

2) **Weitere Beobachtungen über Kalkbehandlung bei Diabetes mellitus nebst Bemerkungen über Acetonurie.** (Therapeut. Monatshefte, Mai 1896.)

In der ersten Arbeit berichtet G. über eine größere Anzahl Diabetesfälle eigener Beobachtung, von denen einige jugendliche Individuen betrafen. Der Zucker trat hier plötzlich im Harn auf und übereinstimmend stellte sich später Heilung oder Besserung ein. Die Anschauung Noorden's, daß Acetonurie auch bei Unterernährung eintrete, fand bei einigen Fällen Bestätigung, Andere widersprachen dieser Ansicht. Ebenso fand die Behauptung Hirschfeld's, daß durch Kohlehydraternährung bei den leichten Fällen des Diabetes die Acetonurie zum Schwinden gebracht werden könne, im Gegensatz zu den schweren, durch einen jener Patienten, sowie durch Beobachtungen an einigen anderen nicht näher mitgeteilten Fällen keine Stütze, während sie auf eine andere Gruppe gleichfalls nicht näher angegebener Fälle paßte. G. hat den Eindruck, daß es sich bei Acetonurie nicht immer um denselben Zustand handelt und unterscheidet zwischen einer Acetonurie, die aus dem Nahrungseiweiß stammt und die mit Gewichtszunahme einhergehen kann und einer solchen, die durch Zerfall des Körpereiweißes hervorgerufen wird: Alle Fälle der ersten Form gehen schließlich in die zweite über. Bei zwei Fällen von Complication des Diabetes, der einmal einen intermittirenden Charakter hatte, mit Lebercirrhose ist G. geneigt, eine Abhängigkeit des Diabetes von dem Leberleiden anzunehmen. Bei der Bedeutungslosigkeit der Lebercirrhose für die Assimilationsgrenze der Kohlehydrate und dem Mangel anderer Gründe, die für eine solche Beziehung sprechen könnten, dürfte die Deutung mit Vorsicht aufzunehmen sein. Nach weiteren Beiträgen über den Einfluß der Gemütsbewegungen auf die Zuckerausscheidung und über das Vorkommen eines bei den Eltern latenten, d. h. keine Erscheinungen machenden Diabetes, der als manifester auf die Kinder übertragen werden könne, bespricht G. die Beziehung des Diabetes zur Gicht. Der Diabetes ist stets ein leichter, wenn er mit Gicht complicirt ist (22 Fälle), dagegen nicht selten ein schwerer, wenn eine solche Verknüpfung nicht vorliegt, die Eltern aber gichtisch waren (8 unter 31 Fällen). Die Procentzahl der complicirten Fälle ist 21,4. Zwei zum Schluß mitgeteilte Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Angina pectoris und Diabetes geben G. Anlaß, für die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit beider Leiden von demselben Grundleiden, der Arteriosclerose, einzutreten.

In der zweiten Arbeit berichtet G. über den günstigen Einfluß der Kalkbehandlung auf den schweren Diabetes. Während bei der leichten Form

die Kalkbehandlung weder nützt noch schadet (11 Fälle), ist bei der schweren Form (3 Fälle) Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme trotz fortdauernder Ausscheidung bedeutender Zuckermengen und trotz Acetonurie zu erzielen. Die gelegentlichen Besserungen, die G. früher ohne Kalkbehandlungen bei der schweren Form beobachtete, lassen sich an Umfang mit den unter dieser Therapie erzielten nicht vergleichen.

W. Marcuse (Berlin).

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

Deycke: **Ueber Gonokokkenculturen.** (Biol. Abteil. des ärztl. Vereins Hamburg. Sitz. vom 18. März 1896. Münch. med. Woch. 1896, No. 18.)

D. giebt eine ausführliche Uebersicht über die seither geübten Culturmethoden zur Reinzüchtung des Gonococcus und bespricht des Näheren den von Kiefer (Jubiläumsschrift für Martin, 1895) veröffentlichten Nährboden, den er für den besten jetzt existirenden und den relativ am bequemsten zu beschaffenden hält. Die Herstellung desselben kann man sich noch vereinfachen, wenn man an Stelle der umständlichen fractionirten Sterilisirung der Ascitesflüssigkeit — die man sich nach D. ersparen kann — dieselbe von vornherein steril auffängt, — ein Verfahren, das durchaus keine Schwierigkeiten bietet. D. demonstrirt unter Anderem Reinculturen auf schräg erstarrten Kiefer'schen Nährböden, die sich in Bezug auf die Ueppigkeit des Gedeihens etwa mit Streptokokkenculturen auf Glycerinagar vergleichen lassen.

Während Prochownick in der Discussion meint, daß eine rasch anwendbare, practisch und forensisch zuverlässige Culturmethode noch fehle, daß besonders Secrete mit wenig Gonokokken — auch mit Hilfe der Kiefer'schen Nährböden — schon zu untersuchen seien, und zur wünschenswerten Ermöglichung positiver Impfungen empfiehlt, die verschiedenen Species auch noch bezüglich ihrer Empfänglichkeit gegen rectale Infectionen zu untersuchen, — kann D. mitteilen, daß er bei vielen Tieren, incl. Affen, Impfversuche in der Urethra, in den Conjunctiven und Kniegelenken, immer aber mit negativem Erfolg vorgenommen, daß es ihm andererseits gelungen, auch bei älteren Gonorrhöen neben vielen anderen Keimen Gonokokken zu züchten. In Pyasalpingitiden, von denen nach Prochownick ungefähr $^2/_3$, nach Fraenkel die meisten für die üblichen Nährböden keimfrei sind, constatirte er fast ausschließlich Gonokokken. Die Mitteilung von Kräth, der ein mit Agar gemischtes Rinderblutserum, dessen Eiweißgehalt durch Kochen entfernt ist, als Nährboden empfiehlt, hält er der Nachprüfung für noch sehr bedürftig; da gerade in dem Eiweißgehalt und zwar

dem nicht durch hohe Temperaturen veränderten Eiweiß das Wesentliche der geeigneten Nährböden zu liegen scheint. Am vorteilhaftesten für die Nährböden ist die neutrale oder schwach alkalische Reaction; der Glycerinzusatz dient nur dazu, das Substrat succulent zu erhalten. — Werner teilt noch mit, daß er mit guten Erfolgen eiweißreichen Urin mit Glycerinagar benutzt habe und macht auf das antagonistische Verhalten anderer Bacillen zu den Gonokokken aufmerksam. K.

H. M. Christian: **Die Dauer der acuten Gonorrhoe.** (American association of gen.-urin. surgeons, Sitzung am 23. Juni 1896. Journal of cut. and gen.-urin. diseases, August 1896.)

Nach Christian ist die Gonorrhoe eine langdauernde Erkrankung und ernster, als gemeinhin angenommen wird. In $^2/_3$ aller uncomplicirten Fälle dauert die Heilung 6—10 Wochen; in einer kleineren Zahl von Fällen, in welchen nicht die ganze Urethra afficirt ist und sich die Erkrankung nur auf die Urethra anterior erstreckt, ist eine vollständige Heilung schon n 4 Wochen zu erwarten. Es ist wichtig, bevor man die Gonorrhoe für geheilt erklärt, stets eine sorgfältige Untersuchung erst vorzunehmen.

Ledermann.

Ferd. C. Valentine: **Urethritis posterior.** (The Clinical Recorder Vol. I, No. 2, April 1896.)

Valentine schiebt das überraschend häufige Uebersehenwerden der Urethritis posterior darauf, dass die Untersuchung und Behandlung derselben mehr Zeit erfordert, als im Allgemeinen mit der Beschäftigung eines practischen Arztes im Einklange steht.

Die Häufigkeit der Urethritis posterior wird nach V. entschieden unterschätzt. Seine Beobachtungen stimmen mit denen der meisten Anderen überein.

Was die Untersuchungsmethode anlangt, so hält V. bei reichlicher Secretion die Thompson'sche zwei Gläser-Probe für genügend, dagegen empfiehlt er bei geringem Secret die Untersuchung des Morgenurins nach vorheriger Ausspülung der Urethr. anter. nach Jadassohn. Auch die Untersuchung des Expressionsharns Posner's, d. h. desjenigen Urins, dem durch Druck auf die Prostata und der Vesiculae seminales sonst nur schwer erhältliche Untersuchungs-Objecte beigemischt sind, hält V. für wichtig.

Dann streift V. ganz kurz die Gefahren der Gonorrhoea poster. — welche, abgesehen von den auch bei der anter. bestehenden, besonders durch die wenig widerstandsfähige Trennung des hinteren Harnröhrenabschnittes von der Blase durch die Einmündung des Prostata und der anderweitigen Drüsen-Ausführungsgänge in diesen Teil der Urethra vorhanden sind.

Was nun die Therapie anlangt, so erkennt V. an, dass es Fälle giebt, die von selbst gut werden, dass auch viele früher, ehe man eine Behandlung wagte, ausheilten, meint aber, dass jetzt, wo man die Gefahren der Gonorrhoea poster. kenne und dieselben zu vermeiden verstünde, man die

poster. nicht unbehandelt lassen dürfe. Selbst in Fällen mit heftigem Blasentenesmus und vehementen Schmerzen pflege bereits die erste Ausspülung Erleichterung zu bringen. Neben den Ausspülungen kommen milde Laxantien, heiße Bäder, Sandelöl, event. bei sehr heftigen Schmerzen Blutegel am Perineum, Morphium-Suppositorien in Betracht; von Belladonna verspricht sich der Verf. nicht viel. Für hartnäckige Fälle empfiehlt er entweder Irrigation von Argent. nitr. in Lösungen von $^1/_{2000}$ bis $^1/_{1000}$ oder nach Guyon mit der von diesem angegebenen Spritze kleine Mengen in hoher Concentration, 2 pCt. bis 5 pCt. In den langwierigsten Fällen rät der Verf. zur Anwendung des Urethroscops. Liegt der mangelnde Erfolg der Behandlung in der chronischen Entzündung der Pars anter., so ist V. besonders für den Kollmann'schen Dilatator für die anterior mit den vier Branchen; liegt der Grund der verzögerten Heilung in der posterior, so rät der Verf. die Anwendung des Kollmann'schen Dilatator mit den vier Branchen für die posterior und der Béniqué'schen Krümmung; nach jeder, alle 8—10 Tage vorzunehmenden Dehnung soll eine Ausspülung folgen. Die Arbeit bringt wenig Neues. Lasch (Breslau).

Raymond Petit et R. Richevin: **Adénite cervicale suppurée à gonocoque.** (Journ. de Méd. de Paris 1896, No. 27.)

Der Fall betrifft eine 27jährige Näherin, die im Alter von 6 Jahren in der rechten Regio sternocleidomastoidea in der Höhe des Kieferwinkels eine Lymphdrüsenschwellung bekommen hatte. Dieselbe stellte sich seitdem in jedem Jahre im Monat März wieder ein, um allmählig wieder spontan zurückzugehen. Einige Tage nach einem Coitus bemerkt die Pat. einen starken eitrigen Fluor aus der Vagina und Brennen beim Urin lassen; darauf Schüttelfrost, Uebelkeit, Fieber. Die kleine Cervicaldrüse schwillt an und wird schmerzhaft; sie vereitert, ebenso wie eine benachbarte Lymphdrüse, und beide brechen nach der Haut durch. Eine dritte, tiefer gelegene, vereitert ebenfalls; die Haut über derselben ist aber noch intact, als die Pat. zur Behandlung kommt — ungefähr 9 Wochen nach Beginn der ersten Erscheinungen. Die Incision entleert dicken, grünlichen Eiter, in dem mikroskopisch und culturell nur Gonokokken nachweisbar sind. In der Vagina Gonokokken neben anderen Mikroorganismen. Daß es sich in dem Absceßeiter um Gonokokken handelte, dafür sprach die characteristische Form der Diplokokken, ihre Lage in den Eiterzellen, die Entfärbbarkeit nach Gram und bei den Impfungen das Sterilbleiben der gewöhnlichen Bacillen, während sich Culturen auf einem „besonderen Nährboden" züchten ließen.

Eine Lymphangitis und Lymphadenitis findet sich nicht selten bei der Gonorrhoe, aber man hat niemals in einem Bubo den Gonococcus gefunden (Leistikow und Bockhardt). Der Umstand, daß er sich im Absceßeiter in Reincultur fand, spricht dafür, daß er allein — ohne Anwesenheit anderer Mikroorganismen — im Stande ist, auch an entfernten Punkten eine Infection resp. Eiterung zu erzeugen, wie dies schon von Luther ange-

nommen und durch die Fälle von Leyden (Gonokokken im Endocard) und Wertheim (Gonokokken in Capillaren) erwiesen ist. Die Metastasenbildung auf dem Wege der Blutbahn ist also nicht mehr von der Hand zu weisen.

Ob nun der Gonococcus durch die Lymphbahnen in das Blut gelangt, erscheint uns fraglich — um so mehr, als man ihn niemals in den regionären Lymphdrüsen, zu denen die Lymphgefäße ziehen, gefunden hat. Die mitgeteilte Beobachtung kann nicht für eine Einwanderung in das Lymphgefäßsystem sprechen, man müßte denn gerade annehmen, daß der Gonococcus entgegen der Richtung des Lymphstromes im Ductus thoracicus aufwärts und von hier bis zu den Cervicaldrüsen vorgedrungen wäre, — entsprechend der von Raymond und Troisier zur Erklärung der Cervicaldrüsenschwellungen bei Eingeweidecarcinomen aufgestellten Hypothese. Wahrscheinlicher ist es, daß die Gonokokken von der Blutbahn aus in die Drüsen gelangten und hier an einem durch wiederholte frühere Entzündungen geschaffenen Locus minoris resistentiae günstige Entwicklungsbedingungen gefunden und so zur Eiterung geführt haben. K.

Vaauxeem: **Gonorrhoischer Rheumatismus der Kinder.** (Journ. de méd. de Paris 1896, No. 11.)

Verf. hat 28 Fälle gesammelt, in denen bei Kindern gonorrhoische Gelenkentzündung auftrat. Als Aetiologie ist zu betrachten die Vulvovaginitis, die Urethritis und eitrige Ophthalmie. Die Gelenkentzündungen enden schnell mit Heilung. Holz.

Sidney Thayer u. George Blumer (Johns Hopkin's University, Baltimore): **Ulcerative endocarditis due to the gonococcus; gonorrhoeal septicaemia.** (Bullet. of the J. H. Hospital, April 1896.)

Nach einer ziemlich erschöpfenden Literaturangabe kommen Verf. zu der Frage: Sind bei der gonorrhoischen Erkrankung des Organismus primäre (per continuum) oder transmissionem sich verbreitende und secundäre Prozesse zu scheiden, bei welch' letzteren kein örtlicher Zusammenhang mit dem primären Herde besteht? Sind diese secundären Herde gonorrhoischer Art und wenn ja, in welchem Zusammenhang stehen sie zu der primären Affection? Finger (Wien) bejaht diese Fragen und erklärt sämtliche Affectionen für zunächst gonorrhoisch; doch tritt später noch die Complication mit dem Eitererreger hinzu, und schließlich kann auch durch das Wachstum des Gonococcus im Körper sein Toxin sich verbreiten und Störungen verursachen.

Den definitiven Beweis des Bestehens einer Septicaemia auf gonorrhoischer Basis lieferte nun klar der von den Verff. beobachtete Fall:

Eine 34jährige, bisher gesunde Witwe hatte mit 24 Jahren gehei-

ratet, 5 Mal geboren, 2 Mal abortirt. Sie klagte nun vor drei Monaten über leichte rheumatische Schmerzen in Fingern, Handgelenken, Knieen und Schultern: die Gelenke waren nicht geschwollen, sie hütete 10 Tage das Bett. Seit 4 Jahren wird sie bei Anstrengungen kurzathmig. Seit dem Rheumatismus will sie nicht mehr gesund gewesen sein. Vor 3 Tagen wurde sie ohnmächtig und bemerkte dann auf der Unterlippe Herpes, seitdem besteht Schwäche, Anorexie, dann trat einen Tag vor der Aufnahme in's Krankenhaus ein deutlicher Schüttelfrost auf. Status präsens am 25. April: Pat. ist blaß, mager, leicht cyanotisch, Puls 132, klein, Respiration 30, Temperatur 38,5° C. Spitzenstoß am stärksten in der Warzenlinie im vierten Zwischenrippenraum, dem ersten lauten und rauhen Ton an der Herspitze geht vorher ein systolisches Geräusch und folgt ein starkes systolisches Blasen. Leberdämpfung reicht bis 3 cm unter den Rippenbogen. Blut zeigt leichte Leucocytose. Urin enthält eine Spur Eiweiß, reichliche Eiter- und Epithelzellen, deutliche Diazoreaction.

Die Herzdämpfungsgrenzen bieten nichts Abnormes. Zweiter Pulmonalton ist verstärkt.

Rachen und Uvula hyperämisch. Milz leicht zu palpiren. Dämpfung beginnt an der 5. Rippe.

Sehr bald traten nach kurzer Besserung tägliche Temperatursteigerungen mit irregulärem Typus, Pulsbeschleunigung, Frost, Schweiß, starker Herzpalpitation ein.

30. 4. Haut trocken und heiß, Puls 104, regelmäßig. Spitzenstoß im 5. Spatium, das präsystolische Schwirren deutlich fühlbar.

4. 5. Milzdämpfung bedeutend vergrößert. Herzaction verstärkt. Exploration per vaginam negativ.

7. 5. Befinden besser. Pulsation im 4. und 5. Rippenzwischenraum in der Warzenlinie sichtbar. An der Herzbasis ist das systolische Geräusch nicht zu hören, wohl aber in der Höhe der l. 4. Rippe ein leicht schabendes, anscheinend pericarditisches Geräusch. Ferner hört man links neben dem Sternum ein schwaches, diastolisches Geräusch.

8. 5. Leucocytose nimmt zu.

11. 5. Pat. stark abgemagert und anämisch: leichte Rasselgeräusche an den Lungenbasen. Herzdämpfung beginnt sich zu vergrößern (über den rechten Sternalrand und dritte Rippe). Seit dem 7. 5. Durchfall, der stärker wird: am 11. 5. 8 Stühle von grünlich-wässriger Beschaffenheit, zahlreiche Bacterien enthaltend. Schwäche nimmt rapide zu.

14. 5. Große Apathie. Puls langsam, aber klein und schwach. Im Urin einzelne Cylinder.

16. 5. Große Schwäche, starker Durchfall. Zahlreiche kleine Petechien an Rumpf, Armen, weniger an den Schenkeln: Pulsus bigeminus, klein, schwach. Relative Herzdämpfung erreicht den zweiten Rippenzwischenraum und überragt den rechten Sternalrand um mehrere Centimeter. Herzaction wird bei Aufregungen sofort unregelmäßig. Ueber der rechten Lunge, hinten und vorn unten zahlreiche feuchte Rasselgeräusche. Urin enthält rote Blutkörperchen.

Eine halbe Stunde darauf Exitus letalis.

Die Obduction ergab acute ulcerative Endocarditis gonorrhoica. Allgemeine Infection mit Gonococcen. Tumor der Milz: Milzinfarct. Lungeninfarct. Lungengummi. Subacute Nephritis. Chronische Hyperämie der Viscera. Gonococcen in der Scheide und Gebärmutter. Der freie Rand der Valvula tricuspid. fand sich etwas verdickt, Pulmonal- und Aortenklappen waren normal. Auf der Mitralklappe saßen Thrombusmassen fest, besonders nach dem Aorten-Segment zu, von 2—3 cm lang und breit bis in das Herzohr reichend, teilweise aus roten Vegetationen bestehend. Die Oberfläche der Klappe erscheint unter ihnen erodirt, so daß ein deutlicher Substanzverlust sichtbar ist. Die Oberfläche des großen Thrombus ist kernig: er sitzt fest auf an der Herzklappe, an dieser Stelle ist letztere etwas verdickt.

Die mikroskopische Untersuchung nebst bacteriologischen Experimenten ergab nun:

1) daß die in Reincultur im circulirenden Blut und an den erkrankten Klappen vorhandenen Mikroben dem Gonococcus Neisser entsprachen,

2) ihre Form und Anordnung characteristisch war,

3) sie wurden häufig im Protoplasma der Leucocyten der Klappenthromben angehäuft gefunden,

4) sie wuchsen nicht auf den gewöhnlichen Nährböden, wohl aber auf einem Gemisch von menschlichem Blut und Agar-Agar (1 : 3),

5) sie ließen sich nach Gram entfärben.

Die Stelle der Infectionspforte ließ sich anamnestisch nicht feststellen; doch deutet die Thatsache, daß die Schleimhaut der Vagina und des Uterus ähnliche Diplococcen, die sich ebenfalls nach Gram entfärben ließen, enthielt, darauf, daß die Infection die gewöhnlichen Wege ging.

Mode.

George Knowles Swinburn: **Die Anwendung von Argonin im acuten Stadium der Gonorrhoe.** Ein vorläufiger Bericht. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, August 1896.)

Swinburn hat auf Empfehlung Jaddassohn's das Argonin bei 50 Fällen von acuter Gonorrhoe, sowie bei über ein Dutzend chronischer

Fälle angewendet. Die Injection wurde mit der einfachen Tripperspritze ein Mal täglich vom Verfasser selbst gemacht, der die Behandlung nicht gern den Patienten überläßt. Von jedem Kranken wurde zunächst der Ausfluß auf Gonokokken untersucht, dann die Zweigläserprobe vorgenommen und die Urethra mit einer sehr schwachen Kaliumpermanganatlösung (1 : 6000) irrigirt. War die Urethra anterior allein afficirt, dann wurde nur sie irrigirt, war auch die posterior erkrankt, dann wurden intravesicale Injectionen vom Meatus aus vorgenommen. Dann wurde dem Pat. in die anterior eine Argoninlösung injicirt, die 5—10 Minuten in derselben blieb. Bei Urethritis posterior wurde ein dünner, weicher Katheter bis über den Schließmuskel geschoben und zwei Drachmen der Lösung in die Urethra posterior gespritzt, dann der Katheter herausgezogen und die Urethra anterior angefüllt. Der Katheter selbst war in einer Argoninlösung sterilisirt, die ein ausgezeichnetes Desinficiens darstellt. Verf. begann mit einer 2proc. Lösung und stieg allmählig bis zu 10 pCt. War die Reaction nicht sehr stürmisch, dann ging er bald zu der 10proc. Lösung über. Die Pat. kamen täglich, außer Sonntags. Einen Tag um den andern wurde der Ausfluss und, wenn derselbe verschwunden war, die Flocken auf Gonokokken untersucht. Interne Mittel außer Purgantien wurden nicht gegeben, Alkohol verboten, eine besondere Diät nicht vorgeschrieben. In allen Fällen wurde eine schnelle Verminderung des Ausflusses constatirt und in der größeren Zahl auch eine schnelle Abnahme der Gonokokken. In einigen Fällen, in welchen man bei der ersten Untersuchung Gonokokken gefunden hatte, wurden sie am dritten Tage nicht mehr nachgewiesen. Einige Pat., welche die Behandlung für einen oder mehrere Tage ausgesetzt hatten, zeigten eine leichte Vermehrung des Ausflusses und ein Wiedererscheinen oder eine Vermehrung der Gonokokken. In einigen dieser Fälle waren die Gonokokken sehr hartnäckig; manchmal nahmen sie sogar an Zahl zu, jedoch gelang es bei den meisten derselben, wenn die Behandlung bald wieder aufgenommen wurde, die Keime schnell zu vernichten. Sehr auffallend war das Fehlen jeglicher entzündlicher Reaction: im Gegenteil wurde die mit der Krankheit einhergehende Entzündung nach kurzer Zeit deutlich vermindert. Die Flecke in der Wäsche, an den Fingern und Nägeln konnten durch Kaliumcyanatlösung leicht entfernt werden. Im Ganzen hat Verf., welcher am Schlusse eine Anzahl Krankengeschichten in extenso giebt, den Eindruck, als ob das Medicament absolut unschädlich ist, einen deutlichen Einfluss auf das Verschwinden der Gonokokken ausübt, die Entzündung bei der Krankheit beseitigt und daher für die Behandlung Gonorrhoekranker selbst im acutesten Stadium außerordentliche Vorteile bietet. In Bezug auf Recidive kann Verf. kein Urteil abgeben, jedoch erklärt er sehr richtig, dass, wenn alle Gonokokken entfernt sind, auch keine Tendenz zu Recidiven vorhanden sein kann.

Ledermann.

Santi: **Electrolyseur Santi für harte. Stricturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatom.** (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, XXII. Bd., 1896.)

Trotz der bisher sehr zweifelhaften Erfolge in der Behandlung der Harnröhrenstricturen mittelst Electrolyse giebt Verf. in Vorliegendem ein neues Instrument (Instrumentenmacher Klöpfer-Bern) an, welches besonders zur Beseitigung harter Stricturen des vorderen Harnröhrenabschnitts bezw. Eingangs dienen soll. Dasselbe besteht ähnlich dem Oberländerschen Dilatator aus zwei Branchen, Schraubvorrichtung und Zifferblatt, und kann zur sicheren Entrirung der stricturösen Stellen an seiner Spitze mit einer Leitbougie verbunden werden. Der electrolytische Schnitt soll durch eine an der unteren Branche befestigte, einige Centimeter lange Platinlamelle bewirkt werden. Das Instrument wird stets mit dem negativen Pol verbunden, der positive dagegen mittelst indifferenter Electrodenplatte am Oberschenkel fixirt. Mit der Stromstärke kann allmählig bis 25—30 Milliampères gestiegen werden. Das Instrument gestattet je nach der Stellung eine Einwirkung auf alle Wände der Harnröhre. Leider führt der Autor nichts über die bis dahin etwa erzielten Resultate an, und stehen wir daher einstweilen dieser neuen Methode sehr skeptisch gegenüber.

Stockmann-Königsberg.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

H. Puschmann: **Die Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis.** (Wien. med. Wochenschr., 25 u. 26, 1896.)

Auf Grund verschiedener alter Documente sucht Verf. die Annahme, daß die Syphilis amerikanischen Ursprungs und erst nach Entdeckung dieses Erdteils nach Europa gekommen sei, zu widerlegen, indem er die Giltigkeit der in denselben enthaltenen Angaben stark in Zweifel zieht und andere anführt, die auf ein viel höheres Alter schließen lassen.

Stockmann-Königsberg.

Popper: **Fall von Sklerose bei einem 73 Jahre alten Manne.** Aus der Abteilung des Prof. Lang. (Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 5. Februar 1896.)

Das Bemerkenswerte des vorgestellten Falles besteht in der Erkrankung in einem syphilitischen Initialaffecte, hervorgerufen durch sexuellen Verkehr im Alter von 73 Jahren. Der am 27. Januar auf die Abteilung aufgenommene Patient zeigte bei seiner Aufnahme starke Rötung und Schwellung des

phimotisch verengten Präputiums, reichliche eiterige Secretion aus dem Präputialsacke; bei der Palpation ließen sich durch das Penisintegument hindurch mehrere derbe Stellen, anscheinend dem inneren Präputialblatt angehörend, durchtasten. Die Inguinaldrüsen waren nicht vergrößert, erwiesen sich als kaum palpabel. Eine venerische oder luetische Affection hatte Patient nie durchgemacht.

Bei der am Tage nach der Aufnahme vorgenommenen Abtragung des Präputiums zeigten sich am inneren Präputialblatte mehrere exulcerirte Sclerosen, welche auch heute noch an dem erhaltenen Reste des Präputialblattes sichtbar sind. Pat., welcher ursprünglich jeden geschlechtlichen Verkehr läugnete, gab endlich auf eindringliches Befragen zu, vor vier Wochen den Coitus ausgeführt zu haben, nachdem er durch fünf Jahre hindurch nie sexuellen Verkehr gepflogen hatte. Interessant ist bei dem selbst im Verhältnis zu seinem Alter kachectischen Individuum das Erhaltensein der Potentia coëudi, indem Pat. selbst die Angabe macht, daß er den Coitus mit erigirtem Penis vollzog und daß derselbe von einer Ejaculation begleitet war.

Auffallend ist ferner die geringe, fast vollständig fehlende Beteiligung der inguinalen Lymphdrüsen, die vielleicht in einer senilen Involution derselben ihre Ursache haben mag. Auto-Referat.

Nikolski: **Ein Fall von schwerer galoppirender Syphilis mit protrahirtem Fieber.** (Nach einem Vortrag auf dem VI. Pirogow'schen Congreß russischer Aerzte zu Kiew. — Wratsch 1896, No. 21.)

Der 28jährige Patient acquirirte seine Syphilis vor 2 Jahren. Die Anamnese ergab erbliche alkoholische Belastung (2 Großväter, die Mutter und 3 Tanten des Patienten waren Alkoholiker) und unaufgeklärt gebliebene protrahirte Fieberbewegungen bei dem Patienten selbst vor der Erkrankung an Syphilis. Phagedaenischer Schanker. Zuerst pustulöses Syphilid. Dann fortwährend recidivirende Syphilide, die niemals gänzlich verschwanden, jedoch bei Quecksilber- und Jodbehandlung bedeutend zurückgingen. Milz bedeutend, Leber leicht vergrößert. Es besteht tägliches Fieber von intermittirendem Typus, welches am 16. Krankheitstage einsetzte und sich durch Quecksilber garnicht, durch Jod nur einigermaßen bekämpfen läßt. — N. bringt in dem vorliegenden Falle das Fieber ausschließlich mit der Syphilis in Zusammenhang, indem er als indirecte Ursache die Instabilität der wärmeregulirenden Centren in Folge erblicher nervöser Prädisposition betrachtet. Den schweren Verlauf der Krankheit bringt er ebenfalls mit der Instabilität des wärmeregulirenden Centrum in Zusammenhang. Li.

Kn. Sibley: **An unusual syphilitic eruption.** (Harveyan Society of London, Sitzung vom 5. März 1896. — Bericht der Lancet.)

Eine 40jährige Frau litt seit 12 Jahren an Lues. Sie war 21 Jahre verheiratet und hatte vorher vier gesunde Kinder. Später gebar sie noch

zwei Kinder, von denen das eine vier Monate alt an Drüsenaffectionen starb, das andere fünf Jahre alt, aber sehr zart ist.

Die bestehende syphilitische Eruption hatte die Ohren, Stirn, behaarte Kopfhaut ergriffen und bedeckt jetzt den Rücken in centrifugaler Richtung. Das Centrum zeigt Pigmentirung und oberflächliche Vernarbung.

Die vorschreitende Randzone ist dagegen erhaben, schuppt und dehnt sich über die Schultern nach der Mitte des Rückens aus, aber auch nach vorn über die Claviculae. Pat. ist seit 12 Jahren in ärztlicher Behandlung. Vor einigen Wochen erkrankte sie fieberhaft, setzte die specifische Behandlung aus und seitdem datirt die Verschlimmerung des chronischen Leidens, das jetzt den Eindruck von Lupus macht.

S. glaubt, daß, abgesehen von der internen Behandlung, hier noch locales Cauterisiren erforderlich ist; denn man muß hier eine infectiöse, keimhaltige Randzone annehmen, die zerstört werden muß. Mode.

F. Schwytzer (New-York): **Sectionsbericht zu Seifert's Fall von syphilitischer Bronchostenose.** (Münch. med. Wochenschrift 1896, No. 15.)

Ausführliches Sectionsprotocoll des von Seifert (Münch. med. Wochenschrift 1895, No. 31) beschriebenen Falles von syphilitischer Bronchostenose, bei dem von verschiedener Seite Gummata des Mediastinum diagnosticirt worden waren und der durch große Mengen von Quecksilber und Jodkali günstig beeinflußt worden war. Die anatomische Diagnose lautet: Gumma des Mediastinum (peritracheal) mit Durchbruch in die Trachea und submucösem Absceß daselbst. Stenose des linken Bronchus und der Trachea. Altes Gumma an der Bifurcation der Bronchi. Schwielige Narben im Mediastinalraum (zwischen Oesophagus, Trachea, Bronchien, Gefäßen und Pericard), chronisch entzündliche Vorgänge in der Pleura parietalis sinistra mit beträchtlicher Verdickung derselben. Aneurysma des Arcus aortae. — Die Bronchostenose war also nicht durch Narben bedingt, sondern durch eine Geschwulst, welche in das Lumen der linken Trachea hineinragt.

Einen ähnlichen Fall veröffentlichte Stöcklin (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 55): Ein Gumma hatte die Trachealwand zerstört, die V. anonyma sinistra arrodirt und zu einer tötlichen Hämorrhagie der Lungen geführt.

K.

B. Pericic: **Erfahrungen über die Syphilis.** Nach Beobachtungen an der Landbevölkerung in Dalmatien. (Wiener med. Wochenschr. 1896, No. 9.)

Es herrscht noch vielfach die Ansicht, daß die Syphilis in Dalmatien (in ihrer tertiären Form von den Bauern „Skerlievo“ genannt) stellenweise durch besondere Ausbreitung und besondere Form sich auszeichnet. Nach den Erfahrungen des Verf.'s besteht nirgends in Dalmatien eine pandemische Ausbreitung der Krankheit. Unter 5000 Spitalkranken in den letzten 5 Jahren kamen nicht mehr als 200 Syphilitiker, darunter 70 Tertiäre, zur Beobachtung.

Diese Zahl steht einer Bevölkerung von 100000 Seelen gegenüber, so daß von einer besonderen Häufigkeit der Syphilis nicht die Rede sein kann. Auch die Formen, unter denen die Krankheit auftritt, haben nichts besonderes Bemerkenswertes an sich. Fast bei allen tertiär Luetischen fand in früheren Stadien keine mercurielle Behandlung statt. Außer in 4 Fällen gelang es nie, bei den tertiär kranken Bauern eine primäre oder secundäre Erscheinung zu eruiren; 3 von diesen 4 Fällen waren damals auch mercuriell behandelt worden. Von den während der letzten 6 Jahre im Spital mercuriell behandelten Syphilitikern ist keiner tertiär geworden. Verf. erwähnt besonders, daß in den letzten 6 Jahren im Spital zu Sibenik kein Fall von Tabes dorsualis bei Bauern beobachtet ist, und daß in der mit dem Spital verbundenen Irrenanstalt, die für das ganze Land diente, in den letzten 5 Jahren kein einziger Fall von Paralyse bei Bauern vorkam, obwohl im Ganzen 33 Paralytiker während dieser Zeit aufgenommen wurden. In den letzten 5 Jahren waren auf der Spitalabteilung überhaupt nur 3 Tabiker (1 Gensdarm, 1 Tischler, 1 Dienstmagd); bei allen dreien war die vorausgegangene Syphilisinfection wahrscheinlich, aber nicht sicher. Verf. meint, daß diese Seltenheit von Tabes und Paralyse unter einer von der Syphilis im Ganzen nicht viel weniger als eine andere heimgesuchte Bevölkerung im Stande ist, als Beweis gegen die Annahme der Syphilis als hauptsächlichen Factors bei der Entwicklung der beiden genannten Krankheiten zu dienen. K.

J. Neumann: **Die syphilitische Erkrankung des Hodens und seiner Adnexe.** (Med.-chir. Centralbl. 1896, No. 7.)

Mitteilungen über syphilitische Affectionen des Hodens finden sich bereits bei den Autoren des 16. Jahrhunderts. Aber bei der Ansicht von der Identität des gonorrhoischen und syphilitischen Virus war die gonorrhoische und syphilitische Orchitis identificirt und letztere überdies mit der gonorrhoischen Epididymitis verwechselt worden. Astruc hat zuerst zwischen syphilitischer und gonorrhoischer Orchitis unterschieden. Nach diesem Autor haben die Vertreter der Nichtidentität beider Contagien, Balfour, Svediaur und Hernemdez, auf die syphilitische Natur gewisser Orchitiden hingewiesen, und namentlich B. Bell hat beide Formen zutreffend beschrieben. Indeß erst durch die Arbeiten von Sir Astley Cooper, Bérard, Boyer, Ricord, Curling, Nélaton ist die Kenntnis der syphilitischen Orchitis verbreitet und zum Gemeingut geworden. Rollet, v. Zeissl, Lewin u. A. haben sie bereichert, und Virchow, sowie Lancereaux, Mallassez und Reclus histologisch vervollständigt. Man unterscheidet zwei Formen von syphilitischer Orchitis: die diffuse interstitielle und die circumscripte oder gummöse. Beide Formen werden von Neumann bezüglich der pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose ausführlich besprochen.

Im Anschluß werden die syphilitischen Erkrankungen des Samenstranges erwähnt. Derselbe wird bei syphilitischen Affectionen des Hodens

und Nebenhodens nur selten in Mitleidenschaft gezogen; noch viel seltener ist seine selbstständige Erkrankung. Eines solchen von Verneuil mikroskopisch untersuchten Falles erwähnen Lancereaux und Bumstead. Kocher hat einen Fall von zwei Gummata des Samenstranges beobachtet, von denen das eine die Grösse eines Gänseeies hatte. Außerdem finden sich bei Brossart einige nicht zweifellose Fälle mitgeteilt. M. v. Zeissl hat auf der Klinik seines Vaters einen Fall von Gumma des rechtsseitigen Samenstranges beobachtet, ebenso Mauriac ein Gumma auf derselben Seite. K.

Dr. David Hansemann: **Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis.** Nach einem Vortrag in der med. Gesellschaft zu Berlin am 11. Decbr. 1895. (Berliner klin. Wochenschr. 1896, No. 11.)

Hansemann beschreibt eine Veränderung der Epiglottis, die er als Anteflexio epiglottidis bezeichnet und die sich bei stärkerer Entwicklung dadurch characterisirt, daß der obere Rand der Epiglottis mit oder ohne Knorpel nach vorne förmlich umrollt und in dieser Stellung fixirt wird.

Die Flächen der Epiglottis und der umgebogenen Partie können mit einander verwachsen, so daß die Epiglottis verkürzt erscheint.

Bei Sectionen von 55 Leichen (Krankenhaus Friedrichshain) mit manifester Syphilis fand sich die Epiglottis 17 Mal unverändert, 25 Mal in verschieden starkem Grade anteflectirt und 13 Mal so stark ulcerirt oder narbig retrahirt, daß die Anteflexion nicht mehr in Betracht kommmen konnte.

Eine Anteflexio epiglottis wurde noch in 5 Fällen ohne sonstige Erscheinungen von Syphilis gefunden, so daß also die Anteflexio nicht eindeutig syphilitisch ist, doch in Gemeinschaft mit anderen Erscheinungen den Verdacht auf Syphilis stützen kann.

Die glatte Atrophie des Zungengrundes und die Affection der Epiglottis werden zwar häufig neben einander gefunden, doch findet man auch die eine Affection ohne die andere. Beide Affectionen haben viel Gemeinsames mit einander und stehen offenbar in nahem Zusammenhang. Bock.

Prof. Dr. W. Erb (Heidelberg): **Syphilis und Tabes.** (Berliner klin. Wochenschr. 1896, No. 11.)

Erb setzt seine früher schon begonnenen statistischen Zusammenstellungen über die Häufigkeit der voraufgegangenen specifischen Infektionen bei Tabes fort, was er um so mehr für notwendig hält, als jüngst von Storbeck, einem Schüler Leyden's, eine Statistik veröffentlicht worden ist, die das Gegenteil beweisen sollte.

Bei den 200 Fällen von Tabes bei Männern aus den höheren Ständen war bei 185 Syphilis sicher vorhergegangen, und von den 15 übrigen waren 11 durchaus nicht der Syphilis unverdächtig, so daß nur 4 übrig bleiben, „bei welchen man, soweit dies überhaupt möglich

ist zu sagen (— eigentlich ist es ja ganz unmöglich! —), behaupten könnte, daß sie „sicher nicht syphilitisch“ waren!“

E. vergleicht diese seine letzte Reihe von Patienten mit den früheren Beobachtungen von 500, bei denen sich ein Procentsatz von 10,8 Nichtinficirten ergab. Bei den 700 Fällen zusammen genommen waren nur 9,65 pCt. Nichtinficirte gegen 90,35 pCt. früher Inficirte.

E. unterzieht die von Storbeck aufgestellte Statistik, die 58,3 resp. 69,4 pCt. Nichtinficirte aufweist, einer Kritik. Er hebt von den von St. angegebenen 108 Fällen, nach Ausscheidung der Frauen, 75 Männer mit Tabes heraus und teilt diese wieder in 56 den höheren und 19 den niederen Ständen angehörende Patienten ein; von ersteren waren 23, von letzteren 17 ohne jede Infection. Durch die Art der Rechnung bekommt Erb auch von der Storbeck'schen Statistik ein Resultat, welches seinem eigenen und dem anderer Autoren sich nähert. Die Frauen sind von Erb deshalb aus der Statistik auszuscheiden, weil die Ermittelung früherer Syphilis bei ihnen häufig auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Von 33 tabischen Weibern der Storbeck'schen Statistik waren nur 2 sicher syphilitisch und 3 zweifelhaft, während 28 sicher nicht syphilitisch gewesen sein sollen. Diese Zahl hält Erb für sehr überraschend und fast unglaublich.

Während unter den Tabischen ein so großer Procentsatz vorher syphilitisch war, sind unter den männlichen Nichttabischen (unter 6000 Fällen) nur etwa 12 pCt. mit sicherer Syphilis. Felix Bock.

Leopold Glück (Serajewo): **Tabes dorsalis und Syphilis.** (Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 7.)

Die von Fournier begründete und namentlich von Erb so energisch propagirte Lehre vom syphilitischen Ursprunge der Tabes wird wesentlich durch die Statistiken dieser und anderer Autoren zu stützen gesucht. So wollen Gowers bei 70 pCt., Erb bei mehr als 85 pCt., Fournier bei 93 pCt. und Möbius gar bei 100 pCt. der Tabiker Syphilis gefunden haben. Bei genauer Betrachtung dieser Statistiken indeß glaubt Verf. die Ueberzeugung zu gewinnen, daß gar nicht selten supponirte, aber nicht constatirte Syphilis die Grundlage derselben bildete. Die gegen die Fournier'sche Lehre in's Feld geführten Gründe werden vom Verf. als unwiderleglich hingestellt: In recht vielen Tabesfällen kann weder durch die Anamnese, noch objectiv an den Kranken selbst eine unzweideutige Spur von Syphilis gefunden werden; es ist bekannt, daß Tabeskranke hier und da an frischer Lues erkranken, daß fernerhin die antisyphilitische Behandlung kaum in einem Falle von dauerndem Erfolge begleitet war, und daß endlich die

anatomische Untersuchung kein einziges Zeichen jener characteristischen Veränderungen am Rückenmark nachwies, welches auf Syphilis schließen ließe. Die Auffassung der Tabes als eines post- oder parasyphilitischen Leidens im Sinne Strümpell's rechnet Verf. in's Nebelreich der unerwiesenen Hypothesen, und das Unstatthafte der Anwendung der Finger'schen Toxin-Hypothese auf die Tabes ist nach seiner Meinung durch Koch evident erwiesen.

Ein neuer Anhänger ist der Fournier'schen Lehre in den letzten Jahren in Minor erstanden. Dieser Autor hat auf die wichtige Thatsache aufmerksam gemacht, daß bei den — nervös so sehr belasteten — Juden in Rußland Tabes sowohl wie Syphilis sehr viel seltener sind als in der russischen Bevölkerung. Aus dieser Argumentation würde folgen, daß die größere oder geringere Frequenz der Lues einen entschiedenen Einfluß auf die Häufigkeit oder Seltenheit der Tabes ausübt. Danach müßte in allen jenen Ländern, wo Syphilis stark verbreitet ist, auch Tabes häufig vorkommen, indeß gerade die Nachrichten aus besonders syphilisreichen Gegenden können das Gegenteil lehren. Nach Neftel ist unter den Kirgisen „nahezu jeder Mann und jedes Weib syphilitisch, nichtsdestoweniger ist Tabes dort sehr selten“: ebenso hat Buri nach einem Referate Sommer's constatirt, daß die echten, von der Syphilis so stark heimgesuchten Neger nur selten tabisch werden. Diesen Berichten stellt Verf. die entsprechenden Resultate seiner eigenen, nahezu 15jährigen Beobachtung in Bosnien und der Herzegowina an die Seite. In diesen Ländern waren bis in die jüngste Zeit viele kleinere und größere Gebietsteile intensiv von inveterirter Syphilis betroffen; es kamen auch einzelne Herde vor, in denen die Bevölkerung nahezu durchwegs inficirt war. Die fehlende oder unzureichende Behandlung förderte eine Unmasse tertiärer Lues zu Tage. Unter allen seinen Patienten aber ist dem Verf. in der ganzen Zeit kein Tabesfall unter die Augen gekommen, und weiterhin wurde ihm von fünf anderen Aerzten, die seit 8—12 Jahren das Land kennen und zum Teil ein sehr großes Krankenmaterial beobachtet haben, bestätigt, daß sie wohl verschiedene syphilitische und nichtsyphilitische Nervenerkrankungen, aber keinen Fall von Tabes unter den Einheimischen gesehen hätten. — Diese große Seltenheit der Tabes bei erwiesen bedeutender Frequenz der Syphilis läßt in unzweideutiger Weise erkennen, daß zwischen beiden Krankheiten kein ursächlicher Zusammenhang besteht. „Es ist möglich, daß die Syphilis geradeso wie viele andere allgemeine Leiden ein Gelegenheitsmoment zur Entwicklung der Tabes bieten kann, es ist ferner nicht ausgeschlossen, daß hier und da ein Fall von Rückenmarkssyphilis unter den Erscheinungen der Ataxie

zu verlaufen vermag“, mit aller Entschiedenheit aber bestreitet Verf., daß die als Tabes zum Ausdruck gelangende graue Degeneration der Hinterstränge durch Lues hervorgerufen wird. K.

Fournier: **Parasyphilitische Hysterie.** (Soc. française de Dermatologie et de Syphil. nach La France méd. 1895, No. 51.)

F. demonstirt einen Kranken, der vor 4 Jahren Lues acquirirte. Nach leichten Anfangssymptomen folgten beim Pat. einige Monate später phagedänische Syphilide am Bein. In diesem Jahre litt Pat. an epileptischen Anfällen, die auf Grund der Diagnose der cerebralen Syphilis mit Erfolg specifisch behandelt wurden. Im November zeigte sich eine Parese des linken Armes und eine vollkommene linksseitige Hemianästhesie, ohne daß das Nervensystem erkrankt war. Es waren also die Symptome der Hysterie vorhanden, welche wahrscheinlich durch die Syphilis manifest wurde. Hz.

Therapie der Syphilis.

Jawein: **Ueber die qualitativen und quantitativen Veränderungen des Blutes bei Syphilis und bei Quecksilberbehandlung derselben.** St. Petersburger Dissertation. (Wratsch 1896, No. 21.)

Die Beobachtungen des Verfassers erstrecken sich auf 18 Fälle von Syphilis bei jungen Leuten, von denen die meisten junge Soldaten waren. Bei der Auswahl der Fälle richtete Verf. sein Hauptaugenmerk auf den Allgemeinzustand der Patienten, indem er bestrebt war, nur rein syphilitische Fälle, ohne Complicationen mit irgend einer anderen Krankheit, wie Scorbut, Sumpffieber, Anämie u. s. w., für seine Zwecke zu verwenden. Sämtliche Patienten bekamen ein und dieselbe Kost, führten dieselbe Lebensweise, ebenso wurden sie sämtlich ausschließlich mit Quecksilbersalbe behandelt, jede innere Medication war ausgeschlossen. Die Untersuchungen wurden stets zu einer und derselben Zeit ausgeführt, und zwar des Morgens zwischen 10 und 12 Uhr, nachdem die Patienten eine Tasse Thee und ein Weißbrötchen zu sich genommen haben. Das Blut wurde stets aus einer Fingerkuppe entnommen. Zur Bestimmung gelangten die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen, das specifische Gewicht des Blutes und die einzelnen Arten der weißen Blutkörperchen. — Die Schlüsse des Verf.'s sind folgende:

1) Die Zahl der roten Blutkörperchen, die zur Zeit der primären Induration unverändert bleibt, nimmt auffallend ab zur Zeit der Eruption; unter dem Einflusse der Quecksilberbehandlung nimmt sie indessen

wieder zu und übertrifft sogar am Schlusse der Behandlung die ursprünglichen Zahlen.

2) Der Procentsatz des Hämoglobins, der bereits zur Zeit des primären Geschwürs verringert ist, fällt im condylomatösen Stadium noch mehr, um mit dem Beginne der Quecksilberbehandlung wieder zu steigen. Sämtliche Schwankungen des Hämoglobingehalts im Laufe des condylomatösen Stadiums gehen Hand in Hand mit den Schwankungen der Zahl der roten Blutkörperchen, jedoch ist der Procentsatz der letzteren stets weniger verringert, als der des Hämoglobingehalts.

3) Auf die quantitativen Verhältnisse der weißen Blutkörperchen bleibt sowohl die Syphilis, als auch die Quecksilberbehandlung ohne Einfluß; in qualitativer Beziehung erleiden jedoch die weißen Blutkörperchen bedeutende Veränderungen: a. die jungen Elemente nehmen schon, wenn auch nicht besonders stark, zur Zeit der primären Induration an Zahl ab; b. im condylomatösen Stadium ist ihre Zahl noch geringer; c. unter dem Einflusse der Quecksilberbehandlung nimmt die Zahl der jungen Körperchen stets zu und erreicht alsbald die Norm; d. die reifen Elemente erfahren im Laufe der Syphilis und der Quecksilberbehandlung eine geringe, aber stete Vermehrung; e. die Zahl der überreifen Elemente, die zur Zeit des Geschwürs und der Eruption zunimmt, steigt unter dem Einflusse der Quecksilberbehandlung bis zur Norm herab. Li.

Tarnowski: **Serumtherapie bei Syphilis.** Nach einem Vortrage auf dem VI. Congreß der russischen Aerzte zu Kiew. — (Wratsch 1896, No. 21.)

Die bisherige Serumtherapie bestand in Injectionen von: 1) Serum gesunder Tiere — Hunde (Richet, Héricourt, Feulard), Lämmer und Kälber (Tommasoli, Kollmann, Mozza, Istamanow); 2. Serum von Syphilitikern im gummösen und secundären Stadium (Velizzari, Wjewjorowski), oder von Personen mit hereditärer Syphilis (Bonadull); 3) Serum von mit Syphilis geimpften Tieren. Im Allgemeinen hat die Anwendung der Serumtherapie bei Syphilis keinen bestimmten therapeutischen Erfolg ergeben. T. suchte nun die Behandlung der Syphilis mit Blutserum in der Weise durchzuführen, wie es bei Behandlung der Diphtherie mit dem Serum immunisirter Tiere geschieht. Wie bei der Gewinnung von antidiphtherischem Heilserum, so ist es auch bei der Gewinnung von antisyphilitischem durchaus notwendig, daß das Tier für die Infection gewissermaßen empfänglich ist, und als solches hat sich nach den Untersuchungen Tarnowski's das Fohlen erwiesen. Zwar konnten auch bei diesem Tiere keine

manifesten Syphiliserscheinungen durch die Inoculation hervorgerufen werden, letztere bewirkte jedoch stets eine circumscripte granuläre Affection und Neubildung von Bindegewebe in den Lymphdrüsen, in der Leber, im Herzen u. s. w.

Das Serum, welches T. zu seinen Versuchen gebrauchte, wurde zwei Fohlen entnommen, von denen das eine 45, das andere 55 Inoculationen erhalten hatte. Mit diesem Serum behandelte T. im Ganzen sechs Patienten, von denen fünf Erscheinungen des condylomatösen, einer die des gummösen Stadiums boten. Sämtliche Patienten wurden von jeder Quecksilbermedication ferngehalten. Die Zahl der Injectionen war verschieden, die geringste betrug 8, die größte 25; ebenso die Gesamtmenge des injicierten Serums, die zwischen 108 ccm bis 485 ccm schwankte. — T. gewann nun aus seinen Beobachtungen die Ueberzeugung, daß die Injection von Serum syphilisirter Tiere einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Syphilis nicht ausübt und folglich als Behandlungsmethode der Syphilis nicht empfohlen werden kann, um so mehr, als das Serum durchaus kein indifferentes Mittel ist, sondern Fieber, Albuminurie, Hautausschlag und Gesichtsabnahme verursacht.

T. kam ferner auf den Gedanken, daß die Wirkung des Quecksilbers auf den syphilitischen Process vielleicht darin besteht, daß er nicht die syphilitischen Gifte zerstört, sondern die Widerstandsfähigkeit des Patienten anregt. Von diesem Gedanken ausgehend, führte T. gesunden Fohlen Quecksilber ein und behandelte dann mit dem Serum der auf diese Weise mercurialisirten Tiere syphilitische Patienten. Da die Beobachtungen noch nicht abgeschlossen sind, so behält sich T. die Veröffentlichung der Resultate dieser letzteren Art von Serumtherapie bei Syphilis für die nächste Zukunft vor. Li.

Lurje: **Ueber den Einfluss subcutaner Injectionen von Pferdeserum auf die Zusammensetzung des Blutes bei Syphilitikern.** Nach einem Vortrage auf dem VI. Pirogowschen Congreß der russischen Aerzte zu Kiew. (Wratsch 1896, No. 21.)

Die Beobachtungen L.'s erstrecken sich auf sieben Patienten im condylomatösen Stadium der Syphilis. Trotz der ziemlich beträchtlichen Serumquantitäten, die den Kranken injicirt wurden, entwickelten sich die von der Syphilis abhängigen Blutveränderungen in derselben Weise, wie es bei nicht behandelten Syphilitikern geschah. Ebensowenig haben sich die Hautsyphilide von der Behandlung mit Pferdeserum beeinflussen lassen. Li.

Bubonen und Ulcus molle.

Wolff: **Phagedänischer Schanker.** (Unterelsäss. Aerztever. in Straßburg, Sitz. v. 27. Juli 1895. — D. med. Woch. 1896, No. 5.)

W. stellt einen Patienten vor, bei dem fast der ganze Penis durch einen phagedänischen Schanker zerstört ist. Einspritzungen von Succinimid-Quecksilber haben Stillstand des Processes und fast vollständige Vernarbung herbeigeführt. K.

Ljanz: **Zur Behandlung des Ulcus molle.** (Medicinskoe Obosrenie 1896, No. 2.)

Verf. hat die Wahrnehmung gemacht, daß das Jodkalium auch vollkommen typische, nie in syphilitische Geschwüre übergehende Ulcera mollia in auffallend günstiger Weise beeinflußt. In manchen Fällen, die solche Patienten betrafen, welche keine Spur von vorhandener oder gewesener Syphilis aufwiesen, entfaltete das Jodkalium eine fast specifische Wirkung, indem es Ulcera zur Heilung brachte, die sonst jeder Behandlung trotzten, wie die zwei von Verf. beispielsweise mitgeteilten. Ob sich nun diese specifische Wirkung des Jodkalium auf alle Fälle von Ulcus molle oder nur auf eine gewisse, noch näher zu bestimmende Form erstreckt, läßt sich auf Grund der immerhin noch spärlichen Beobachtungen des Verf.'s nicht sagen; weiteren Beobachtungen bleibt die Entscheidung dieser Frage vorbehalten. Lubowski.

Timofejew: **Zur Behandlung der Bubonen nach der Methode von Lang und Laub.** (Wojenno-medicinski Journal. — Wratsch 1896, No. 13.)

Verf. behandelte 30 Fälle von Leistenbubonen nach der Methode von Lang und Laub, welche darin besteht, daß man den reifen Bubo punktirt (die Oeffnung darf 3 mm nicht übersteigen), aus demselben vorsichtig den Eiter herauspreßt und dann durch dieselbe Oeffnung in den Bubo eine 1proc. Höllensteinlösung injicirt. Letzterer Eingriff wird einige Male wiederholt, wobei die Bubonenhöhle sich ziemlich rasch verkleinert. Verf. teilt sein gesamtes Material in Bezug auf den Grad der Affection und auf den Erfolg der angegebenen Behandlung in 3 Gruppen von Fällen. Zu der ersten Gruppe zählt er 8 Fälle mit kleinen Bubonen und mäßig entwickelter Entzündung; in diesen Fällen wurde Heilung innerhalb 6 bis 14 Tagen, durchschnittlich 9 Tage nach der Punktion und nach 5 Injectionen erzielt. Zu der zweiten Gruppe gehören 10 Fälle mit großen Bubonen, welche aus einer Reihe verlöteter Drüsen bestanden, die die ganze Leistenbeuge ausfüllten; gleichzeitig bestand stark entwickelte Periadenitis. Diese Bubonen machten eine bedeutend längere Behandlungszeit, als die von Laub

angegebene, erforderlich. Heilung trat erst nach 17 bis 30 Tagen, nach 11 bis 17 Injectionen, durchschnittlich nach 25 Tagen und 13 Injectionen ein. Zur Erhöhung der Wirksamkeit der Behandlung versuchte Verf. in diesen Fällen eine 2proc. Höllensteinlösung anzuwenden, aber ohne Erfolg. Zu der dritten Gruppe rechnet Verf. diejenigen Fälle, in denen die Behandlung nach der neuen Methode in Folge eingetretener Complicationen nicht zu Ende geführt werden konnte und mit Jodoform weitergeführt werden mußte. Die Complicationen bestanden darin, daß die Punktionsöffnung in manchen Fällen von der aus dem Bubo herausfließenden eitrig-serösen Flüssigkeit usurirt und bis 2 cm vergrößert wurde, so daß die injicirte Höllensteinlösung sofort wieder herausfloß: in anderen Fällen bildeten sich auf der Oberfläche der Bubonen Fistelöffnungen, welche der Höllensteinlösung ebenfalls freien Abfluß gewährten.

Verf. kommt also zu dem Schluß, daß die Methode von Lang und Laub nur bei kleinen Bubonen Vorteile gegenüber der alten Methode (breiter Schnitt) zu bieten vermag; bei großen Bubonen ist sie hingegen wenig zweckmäßig. Lubowski.

V. Penis und Praeputium.

Grethe: **Smegma- und Tuberkelbacillen.** (Fortschritte d. Med. 1896, No. 9. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 27.)

Zur unanfechtbaren Unterscheidung beider Bacillenarten empfiehlt G. folgende Methoden: 1) getrennte Entfärbung in Säure und Alkohol bei genügend langer Einwirkung des Alkohols, wobei der Smegmabacillus entfärbt wird, der Tuberkelbacillus aber rot bleibt; 2) Umfärbung mit concentrisch alkoholischer Methylenblaulösung; 3) die Czaplewski'sche Methode mit Fluorescein - Methylenblau, wobei die Smegmabacillen ebenfalls entfärbt werden. K.

H. W. Webber: **Herpes der Glans penis bei Typhus.** (Brit. med. Journ., 18. Mai 1895. — Monatsh. f. pract. Dermat., Bd. XXII, No. 7.)

Der Pat. befand sich am zwölften Tage des Typhus und zeigte bei der ersten Besichtigung kleine Bläschen auf dem Dorsum der Glans, nahe der Corona. Die Glans selbst war unter der ziemlich langen Vorhaut be-

ständig feucht. Keine Schwellung der Inguinaldrüsen, kein Ausfluss aus der Harnröhre. An der Innenfläche der Vorhaut waren keine Bläschen zu sehen. Ein Herpes labialis fehlte. Die Abendtemperatur des Patienten betrug 39° C. Unter einer Borsalbe heilte der Ausschlag in wenigen Tagen ab, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen. K.

Joh. Rottenberg: **Ein interessanter Fall von Luxatio penis.** (Orvosi Hetilap 1896, No. 11. — Pester med.-chir. Presse 1896, No. 24.)

Ein 14jähr. Pat. fiel unter's Pferd und wurde an den Genitalien verletzt; vier Tage darauf war Nachfolgendes zu constatiren: Temp. 39,8°. Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung. Bauchdecken vom Nabel abwärts rötlich verfärbt, in der rechten Inguinalgegend, entsprechend der äußeren Oeffnung des Canalis inguinalis, ein 10 cm großer, mit necrotischen Fetzen bedeckter Substanzverlust, Hodensack zwei Fäuste groß, Hauthülle des Penis leer, Urininfiltration der Bauchhaut und des Scrotum. Gangrän des Scrotum und der verletzten Umgebung. — Der Penis lag unter dem linken Arcus pubis; er wurde vorgezogen und mit knotiger Naht in der Hauthülle festgehalten; die Lamina visceralis blieb frei; am Präputium wurden beide Laminae mit einander vereinigt; die infiltrirten Stellen wurden incidirt und drainirt und mit Jodoform verbunden.

Als Pat. sich erst am achten Tage wieder vorstellte, war die Gangrän so weit vorgeschritten, dass der rechte Teil des Scrotum abfiel und am Schenkel und an der rechten Unterleibsseite sich zwei handtellergroße Substanzverluste zeigten, jedoch bestand kein Fieber. Nach einem Monate war unter Jodoformverband der Substanzverlust durch Granulationen ersetzt, an der rechten Seite der Penishaut blieb eine große freibewegliche Narbe, doch war die Function des Penis nicht gestört. K.

Kronacher: **Zur operativen Behandlung der männlichen Hypospadie I. Grades.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. XLIII, p. 161. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 27.)

Nach K.'s Ansicht soll durchweg jede Hypospadie I. Grades möglichst schon im zartesten Säuglingsalter operirt werden, und zwar in vier Sitzungen: 1) Spaltung der Harnröhrenöffnung und der Gl. pen. nach vorn, Cauterisation und Gazetamponade der so gewonnenen Rinne, die in ca. vier Wochen sich überhäutet; 2) dorsale Längsspaltung der Vorhaut bis an die Eichelfurche in der Medianlinie oder etwas seitlich; 3) Abtrennung der einen Vorhauthälfte in der Eichelfurche bis auf einen kleinen unteren Stiel, Umlegung derselben auf die vorbereitete Eichelharnröhrenrinne, Anfrischung und Naht hinten, vorn und auf der Seite, die der Entnahmeseite des Lappens gegenüber ist; 4) nach vollendeter Heilung wird die nicht benutzte Vorhauthälfte exstirpirt, während dieselbe bei etwaiger Gangrän des erst benutzten Lappens nachträglich verwendet werden kann. K.

Garie: **Ein Fall von Hypospadie als gerichtlich-medicinisches Untersuchungsobject und zur Frage über das Geschlecht bei abnormer Entwickelung der Geschlechtsorgane.** (Westnik obschestwennoj gigijeny, sudebnoj i praktitscheskoj mediciny. — St. Petersburger medicin. Wochenschrift 1896.)

Im Jahre 1891 wurde von der Medicinal-Abteilung der St. Petersburger Gouvernementsregierung, im Auftrage der Polizei, die Bäuerin Katharina J. behufs der Bestimmung ihres Geschlechts einer Untersuchung unterzogen. Durch ihre sonderbare Lebensweise nämlich hat Katharina die Aufmerksamkeit aller Einwohner des Dorfes auf sich gerichtet, so besucht sie z. B. die Badstube niemals zusammen mit den übrigen Bäuerinnen, wäscht sich immer allein, rasirt ihren Bart und Schnurrbart, hat alle Geberden eines Mannes, baut, ackert u. s. w. Man erzählt außerdem, dass sie schon mehrmals mit Frauenzimmern cohabitirte. Das Aussehen Katharina's war das eines gesunden, plumpen Bauern. Sie ist 33 Jahre alt, von hohem Wuchs, kräftigem Körperbau und gut entwickelter Muskulatur. Gesichtszüge männlich, üppiger Haarwuchs am Kinn, Wangen und Oberlippe, die Kopfhaare zu einem Zopf geflochten. Der Hals lang, Adamsapfel stark vorspringend, Brustdrüsen unentwickelt, Beckenform männlich. Die Ausbreitung der Haare vom Mons pubis nach oben fächerförmig, darunter ein $3^1/_2$ cm langer, $1^1/_2$ cm breiter, bogenförmig nach oben gekrümmter Penis mit normal geformtem Caput und Präputium; eine Harnröhre oder Harnröhrenmündung ließen sich an demselben nicht nachweisen. In der Mitte der hinteren Oberfläche des Caput penis eine $^1/_2$ cm breite rinnenförmige Vertiefung, die nach oben enger, nach unten zum Damm zu weiter wird und etwa bis 3 Finger breit vor dem Anus reicht, wo sich die Harnröhrenöffnung befindet. Scrotum normal, an demselben in der Richtung der Raphe die Fortsetzung der vertical vom Penis zum Damm verlaufenden oben erwähnten rinnenförmigen Vertiefung. Die beiden Hoden normal. Keine Prostata, kein Uterus. Geschlechtstrieb fehlt vollständig, Erectionen selten. Bemerkenswert ist es in diesem Falle, dass trotz der verhältnismäßig geringen Abweichungen von der Norm Katharina doch 33 Jahre lang als Weib betrachtet wurde.

Li.

Denison: **Ueber die operative Behandlung der männlichen Epispadie und Hypospadie nach Rosenberger's Methode.** (Inaugural-Dissertation, Tübingen 1896.)

Denison giebt in der vorliegenden Arbeit einen Ueberblick über die von ihm in der Litteratur gefundenen und drei ihm von Madelung überlassenen Fälle, in denen nach der Rosenberger'schen Methode, d. h. Bildung der Harnröhre aus der Abdominal-Haut in zweizeitiger Operation und Ruhigstellung des Penis durch Festlegung mittelst Suturen auf dem Abdomen resp. Scrotum, verfahren wurde. Mit den Fällen von Landerer

und **Bidder** und den drei noch nicht publicirten von **Madelung** verfügt der Verf. im Ganzen über 10 Fälle, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1) Für die operative Behandlung der Epispadia penis giebt die **Rosenberger**'sche Methode nicht bessere Endresultate, als die früheren (**Thiersch**-sche Methode mit Modificationen von **Krönlein** und **Trendelenburg**); denn sie beseitigt die Incontinentia urinae nicht und bessert die Form des Penis nicht (was für die sexuelle Function von großer Wichtigkeit ist); dagegen ist sie leichter ausführbar, und was durch sie erreicht werden kann, in kürzerer Zeit als bisher erreichbar.

2) Für die operative Behandlung der Hypospadie stellt die **Rosenberger**'sche Methode durch Einfachheit und Sicherheit in der Ausführung einen Fortschritt dar, auch wenn sie die Deformität des Gliedes nicht beeinflusst.

Als besonders störend zeigten sich in den nicht glatt verheilenden Fällen die häufigen Erectionen; es wurde daher meist von einem größeren antiseptischen Verbande (der Wärmeerzeugnis wegen) abgesehen und nur Pulver (Jodoform etc.) auf die Wunden gestreut. Auch das Einlegen von Verweilkathetern hat sich nicht als practisch erwiesen, da der Urin doch zumeist nebenbei heraussickerte und den Verband durchnässte.

Lasch (Breslau).

A. **Malthe** (Christiania): **Penisplastik.** (Forhandlinger i med. selskab 1895, 20. März. Centralbl. f. Chir. 1896, No. 27.)

Einen sehr interessanten Hypospadiaeus demonstrirte M. Die Hypospadie war eine so hochgradige, dass Pat. eine weibliche Erziehung erhalten, den Namen „**Anne Marja**“ führte und bis zum 28. Lebensjahre die Functionen eines Milchmädchens verrichtete. Die Harnröhre nämlich mündete im Damm aus, das Scrotum war geteilt und bildete zusammen mit größeren Teilen der Corp. cavern. auf beiden Seiten einen schamlippenartigen Wulst, während die Eichel an der Stelle der Clitoris saß.

Durch acht plastische Operationen innerhalb dreier Jahre ist es gelungen, Scrotum, Penis und Harnröhre von normaler Größe und Aussehen zu bilden. Die Function dieser Teile ist eine vorzügliche; der Blasencatarrh ist verschwunden, und normale Erectionen und Pollutionen sind vorhanden.

K.

VI. Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Faitout: **Fall von Urethritis, verursacht durch Masturbation.** (La Presse médicale, Februar 1896.)

Der 18jährige Patient erkrankte an Gonorrhoe 10 Monate nach dem letzten Coitus. — Die sonst negative Anamnese ergab, daß der Patient seit längerer Zeit Onanie treibt und daß er am Tage vor der Erkrankung 3 Mal masturbirt hatte. Da Verfasser eine indirecte Infection durch Kleidung, Wäsche etc. ausschließen mußte, so diagnosticirte er einfache, durch Masturbation verursachte Urethritis und war daher nicht wenig überrascht, als er im Urethralsecret typische Neisser'sche Gonokokken fand. Ein Incubationsstadium von 10 Monaten anzunehmen, wäre zu gewagt, da die längste bis jetzt bekannt gewordene Dauer des Incubationsstadiums der Gonorrhoe 10 Wochen beträgt, und somit, meint Verfasser, wäre dieser Fall ebenso wie der analoge Fall von Straus im Stande, die Lehre von der Specificität der Neisser'schen Gonokokken gewissermaßen zu entkräften. Straus, der einen Fall von Gonorrhoe nach Masturbation bei einem jungen Manne, der niemals den Coitus ausgeübt hatte, beobachtete, und bei jedesmaliger Untersuchung im Urethralsecret typische Gonokokken fand, nimmt zur Erklärung dieser Erscheinung an, daß die Neisser'schen Gonokokken sich als unschädliche Cohabitanten in der gesunden Urethra aufhalten können, um dann unter dem Einflusse gewisser, die Urethralschleimhaut schädigender Momente in das Epithel einzudringen und specifischen Catarrh der Schleimhaut herbeizuführen. (Durch diese Annahme, die durchaus nicht neu ist, wird die Lehre von der Specificität der Neisser'schen Gonokokken nicht im mindesten entkräftet. Selbstverständlich vermag eine gesunde Schleimhaut der Einwirkung eines pathogenen Mikroorganismus längere Zeit hindurch energischen Wiederstand zu leisten; ebenso natürlich die Urethralschleimhaut den Neisser'schen Gonokokken. Ref.) Lubowski.

M. v. Zeissl: **Ueber den Blasenverschluss und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre.** (Wien. med. Presse 1896, No. 21 und 22.)

Die Frage, ob aus der hinteren Harnröhre Flüssigkeit leichter in die Blase zurückströmt, als in den vorderen Harnröhrenabschnitt übertritt, weil der stärkere Musc. compressor urethrae sive Sphinct. vesicae ext. einen absolut sicheren Verschluß bildet, ist wiederholt discutirt, aber noch nicht vollständig erledigt worden. Die Einen nehmen einen festen Blasenabschluß durch den Sphincter vesicae int. an, die Anderen streiten ihm diese Fähigkeit ab. v. Dittel kam auf Grund seiner überaus großen Erfahrung und zahlreicher exacter experimenteller Ver-

suche zu dem Resultat, daß die Blase durch den Sphincter int. fest und sicher abgeschlossen wird, während Budge dieser Ansicht entgegentritt und Born eine Mittelstellung einnimmt, indem er die Hauptrolle dem Sphincter int. zuerteilt und den Sphincter ext. nur als zuweilen unterstützendes Moment betrachtet. Verf. nahm deshalb in v. Basch's Laboratorium die Versuche von Neuem auf und zwar an curarisirten Hunden. Durch das Curare wurde die Wirksamkeit des Musc. compressor ureth. eliminirt. Um sodann die Harnröhre der Hunde analog der menschlichen zu gestalten und um ferner die Erectionen auszuschließen, wurde ein am vorderen Ende offener Katheter so weit in die Urethra hineingeschoben und befestigt, daß sein gegen die Blase gerichteter Anteil genau oberhalb des Caput gallinaginis zu liegen kam. Die genaue Lage des Katheters wurde nach Abschluß der Versuche durch jedesmalige Section controlirt. Es wurden sodann die Nerven, welche die Blasenmusculatur versorgen, electrisch gereizt und ihr Einfluß auf diese Weise studirt. Die Resultate waren folgende: Die Blase wird durch zwei Nervenpaare, die Nervi hypogastrici und erigentes innervirt. Der N. erigens ist der motorische Nerv des Detrusor vesicae, seine Reizung bedingt Oeffnung des Blasenverschlusses, und zwar erfolgt diese unabhängig vom Detrusor, d. h. Reizung des N. erigens führt zur Erschlaffung des Sphincter vesic. int. Reizung der Nn. hypogastrici bewirkt dagegen einen Verschluß der Blase gegen die Harnröhre, sie sind also die motorischen Nerven für den betreffenden Schließmuskel. Für die Nn. erigentes und hypogastrici gilt das Gesetz der gekreuzten Innervation von v. Basch; man hat also anzunehmen, daß im N. erigens motorische Fasern für den Detrusor und hemmende für den Sphincter int. vorhanden sind und daß im N. hypogastricus motorische Fasern für den Sphincter und hemmende für den Detrusor verlaufen. Die gleichen Ergebnisse wurden erzielt durch Narcotisiren der Hunde mit Morphium. Des Weiteren stellte Verf. sodann noch fest, daß Erschlaffung des Sphincter resp. Contraction des Detrusor auch auf reflectorischem Wege durch Reizung des centralen Endes des N. ischiadicus, ulnaris, radialis, medianus, phrenicus und splanchnicus erreicht werden kann. Auf Grund aller dieser Versuche, sowie klinischer Erfahrung kommt Z. dann zu dem Schluß, daß ein Regurgitiren von Flüssigkeiten aus der Harnröhre in die Blase ohne Lähmung des Schließmuskels nicht stattfinden kann.

Ferner wendet sich Z. gegen die Annahme Posner's, Finger's u. A., daß es bei starker Blasenfüllung zu einer Verkürzung der hinteren Harnröhre und zur Trichterbildung am Blasenhals kommt. Er stützt sich dabei einerseits auf die anatomischen Untersuchungen

Hyrtl's, Langer's, Toldt's u. a. Anatomen, sowie andererseits auf eigene endoskopische Betrachtungen des Orificium internum. Zu dem Zweck wurde ein gefenstertes Endoskop, welches auf das Leiter'sche Panendoskop paßte, in den Blasenscheitel eingebunden und nun die Blase vom Ureter her mit Wasser gefüllt. Weder bei einer Füllung von 150 ccm Wasser, noch auch bei 280, 450 und mehr konnte eine Veränderung des endoskopischen Bildes beobachtet werden; ja, die Schleimhautflächen lagen an der inneren Urethralöffnung so fest aufeinander, daß diese erst durch Einführung eines Katheters sichtbar gemacht werden mußte. Dieses entspricht aber auch der chirurgischen Erfahrung; denn eine Einbeziehung des Prostataanteils zur Blase kommt nur bei Steinbildung, sogen. Pfeifensteinen, vor oder wenn ein Stein continuirlich im Blasengrund liegt und mit einem Fortsatz in den prostatischen Teil hineinragt. Aus alledem ergiebt sich zur Evidenz, daß die sogenannte Trichterbildung der Blase lediglich eine theoretische Construction ist, um ein Regurgitiren in die Blase zu erklären, und daß sie demnach in Wirklichkeit nicht existirt.

Stockmann.

A. Cappelen: **Resection der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Strictur.** (Centr. f. Chir. 1896, 23.)

C. hat in glücklicher Ergänzung des Guyon'schen Vorschlages: Resection der impermeablen Strictur und primäre Naht des centralen und distalen Harnröhrenteiles über einem Katheter à demeure, in einem Falle, wo der resecirte Harnröhrenteil (3 cm) zu groß war, um die primäre Vereinigung ohne Schaden zu gestatten, durch eine plastische Operation nach Thiersch die fehlende Urethra durch Haut mit gutem Erfolge ersetzt; die genügend groß zugeschnittene Haut wurde mit Hilfe von Guttaperchapapier in zwei Stücken vom Wundrand bis zur Mitte der Perinealwunde aufgerollt, wo sie vom Verweilkatheter festgehalten wurde. Glatte Heilung, nach zwei Monaten noch für 27 Ch. durchgängig.

Mankiewicz.

Watson: **Behandlung der Harnfisteln mit Naht und Resection der Harnröhre.** (Boston med. Journ., 10. Januar 1895.)

Die Behandlung ist nur bei persistirenden Fisteln anwendbar, sie verlangt folgende Vorsichtmaßregeln: 1) die Asepsis des Harns durch Borsäure, Salol und Blasenspülung, 2) die vollkommene Trennung der Harnröhrenwände von allen Narbenmassen, 3) die Vorsicht, nicht die Schleimhaut mitzufassen und besonders die Hautnähte sehr tief anzulegen. Schließlich ist ein Dauerkatheter einzulegen oder die Katheterisation regelmässig vorzunehmen.

Hz.



Goldberg: **Operation eines Falles von Carcinoma urethrae.** (Gynäk. Ges. z. Dresden, Sitz. v. 10. Febr. 1896. — Centralbl. f. Gynäk. 1896, No. 19.)

Exstirpation der Urethra samt Clitoris und umgebendem Gewebe, sowie des Sphincter vesicae und Resection eines Stückes der Blasenwand. Schluß der Blasenwunde und Bildung einer künstlichen Urethra durch Anlegung eines extraperitonealen Witzel'schen Schrägfistelcanals oberhalb der Symphyse. Vorstellung der Kranken, die seit 5 Wochen ohne jeden Katheter durch die neue Urethra urinirt und den Urin bis zu 3 Stunden halten kann.

G. legt Wert darauf, einen möglichst langen Canal zu bilden, um einen thunlichst hohen Grad von Continenz zu erzielen. K.

Guinard: **Corps étranger de l'urèthre.** (Bullet. de la Soc. anatom. de Paris, Mai 1896, Bd. X, Heft 12.)

G. berichtet über einen 27jähr. Mann, der sich eine Haarnadel mit dem stumpfen Ende nach der Blase zu in die Urethra eingeführt hatte. Bei den Extractionsmanipulationen blieben die spitzen Enden in der Glans stecken. Durch die Urethrotomia externa auf der Höhe des stumpfen Endes der Nadel entfernte G. dieselbe mit Leichtigkeit. Die Operationswunde vernarbte ohne Störungen, während die Glans, durch die Branchen der Nadel ulcerirt, immer noch eine sehr deutliche Schwellung zeigte.

K.

VII. Prostata und Samenblasen.

Stanislaw Cicchanowski (Krakau): **Ueber die sog. Hypertrophie der Vorsteherdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase.** (Centralbl. für Chir. 1896, No. 32.)

Verf. kommt auf Grund längerer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

I. 1) Die Arteriosklerose darf keineswegs als eine Ursache der Veränderungen der Nieren, der Blase und der Vorsteherdrüse gelten, entgegen den Behauptungen der Guyon'schen Schule, welche diese Veränderungen fälschlicherweise als synchron, untereinander analog und von der Arteriosclerose abhängig betrachtet.

2) Als anatomische Grundlage der Blaseninsufficienz in allen Fällen, welche im klinischen Begriffe des sog. Prostatismus (Guyon) zusammengesetzt werden, ist eine quantitative Veränderung in dem Verhältnisse des Blasenmuskels zum Bindegewebe nachweisbar.

3) Diese quantitative Veränderung scheint mit zunehmendem Alter eine regelmäßige Erscheinung zu bilden und der Altersperiode gewissermaßen parallel sich zu verhalten: sie erreicht einen höheren Grad, wenn

sich dem genannten Momente der Einfluß eines mechanischen Hindernisses in der Harnentleerung anschließt; den höchsten Grad erreicht sie aber, wenn zu diesen beiden Momenten noch chronisch-entzündliche Zustände der Blase hinzutreten. In der Regel kommen alle diese Momente zum Ausdruck; ausnahmsweise kann nur ein einziges, nämlich senile, anatomisch nachweisbare Atrophie des Blasenmuskels zu hochgradigen Urinbeschwerden Anlaß geben. Der Einfluß dieser schädlichen Momente kann durch die Fähigkeit des Blasenmuskels, zu hypertrophiren, geschwächt und gewissermaßen compensirt werden. Die Muskelhypertrophie der Blase tritt nämlich bei dem Vorhandensein eines mechanischen Hindernisses in der Regel auf; nur ausnahmsweise stellt sie sich nicht ein. Das Endresultat der Wirkung aller dieser Momente hängt von ihrer Summe ab; bei der Beurteilung jedes einzelnen Falles müssen sie deshalb alle in Betracht gezogen werden.

II. Die sog. Hypertrophie der Vorsteherdrüse scheint mit einer wahren, wenn auch homoplastischen Neubildung wenig Gemeinsames zu haben. Vielmehr scheint diese sog. Hypertrophie, die in dem Krankheitsbilde des sog. Prostatismus in der Regel als das Primäre aufzufassen ist, fast immer auf sehr chronischen entzündlichen Vorgängen, die entweder in dem drüsigen Anteil der Prostata, oder in ihrem Stroma, oder aber — und am häufigsten — in beiden sich abspielen, zu beruhen. Das Endresultat dieser entzündlichen Vorgänge, welche keineswegs immer eine Vergrößerung des ganzen Organs zur Folge haben, und welche eine große Aehnlichkeit mit den chronischen postgonorrhoischen Prostata-Entzündungen besitzen, scheint von ihrer Intensität und Ausbreitung, vor Allem aber von ihrer Localisation abhängig zu sein. Je mehr central die entzündlichen Veränderungen des Stroma's, und je näher der Peripherie die Veränderungen der Drüsen ihren Sitz haben, desto wahrscheinlicher scheint der Endaufgang in die sog. Hypertrophie zu sein. Ein umgekehrtes Localisationsverhältnis der genannten Vorgänge ist möglicherweise ohne Einfluß auf die Größe der Vorsteherdrüse; es ist sogar nicht auszuschließen, daß in solchen Fällen eher manchmal eine Prostata-Atrophie zu Tage tritt.

Bei der Mehrzahl also der vom Verfasser untersuchten hochbejahrten Individuen war in der Vorsteherdrüse eine sehr protrahirte Entzündung anatomisch nachweisbar, welche zwar nicht immer, doch aber bei gewissen Vorbedingungen eine Vergrößerung dieser Drüse (fälschlicherweise Hypertrophie genannt) nach sich zog. Die sog. Prostatahypertrophie scheint also in der Regel auf diesen chronisch-entzündlichen Vorgängen zu beruhen, wenn sie auch keineswegs den einzigen Endausgang dieser Vorgänge bildet.

K.

Dr. König (Wiesbaden): **Die radicale operative Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Zeitschr. f. pract. Aerzte 1896, No. 13.)

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die früher üblichen Methoden zur Beseitigung resp. Umgehung des Hindernisses für die Harn-

entleerung kommt Verf. auf die jetzt gebräuchlichen Methoden — Castration und Resection der Vasa deferentia — zu sprechen. Die Castration hält er für einen schweren, nicht ganz ungefährlichen Eingriff, der, abgesehen von seiner Schwere, auch die Patienten psychisch so stark alterirt, dass man den ernstlichen Vorschlag gemacht hat, den exstirpirten Hoden durch Prothesen von Gips, Celluloid, Silber oder Gold zu ersetzen. Da der Erfolg rücksichtlich der Verkleinerung der Prostata bei der Exstirpation kein größerer ist, wie bei der Resection des Vas deferens, letztere jedoch eine nur kurze Zeit in Anspruch nehmende und verhältnismäßig leichte Oparation ist, so ist sie in allen Fällen vorzuziehen.

Dumstrey: **Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resection des Vas deferens.** (Centralbl. f. Chir. 1896, No. 18.)

Ein 65jähriger Pat., der seit ca. 3 Jahren an erheblichen Urinbeschwerden litt, so daß er sich zuweilen selbst katheterisiren mußte — Urin meist mit Eiter, oft mit Blut vermischt —, kam in Behandlung, weil er seit $1^1/_2$ Tagen keinen Urin entleert hatte und ihm die Katheterisirung nicht gelang. Der durch den Arzt entleerte Urin enthielt Blut, Schleim und Eiter. Die Untersuchung ergab eine ganz bedeutende Prostata-Hypertrophie; oberer Rand mit dem Finger nicht erreichbar, Prostata schätzungsweise von der Größe einer mittleren Männerfaust. — Beiderseitige Unterbindung und Resection des Vas deferens. Glatte Wundheilung. Am dritten Tage konnte Pat. spontan Urin entleeren, derselbe wurde täglich klarer und ist jetzt ohne Eiter und Blut. Prostata auf mehr als die Hälfte zurückgegangen, subjective Beschwerden ebenfalls geringer. Auffällig war hingegen bald nach der Operation der enorme Kräfteverfall des Pat., körperlich wie geistig. Der Pat. sah kurz nach der Operation wie ein alter, kranker Mann aus, er war langsam und unbeholfen in seinen Bewegungen und bis zu einem gewissen Grade auch geistig geschwächt: er faßte unendlich schwer, was man zu ihm sagte, verstand Vieles ganz verkehrt, ja es schien sogar eine gewisse Schwerhörigkeit und Schwerfälligkeit der Sprache nachweisbar. Dieser auffallende und ängstigende Zustand dauerte ca. 14 Tage, dann erst erholte sich der Kranke langsam und sehr allmählich, ohne jedoch nach sechs Wochen seine frühere Frische wieder erlangt zu haben. Auf Grund der Veröffentlichungen Czerny's (D. med. Wochenschr. 1896, No. 16) glaubt Verf. die Ursache dieser Veränderungen in der That in der Operation suchen zu sollen und warnt vor der Annahme, daß die Unterbindung und Resection des Vas deferens jedesmal eine harmlose und einfache Operation sei. K.

Carl Lauenstein (Hamburg): **Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Centralbl. für Chirurgie 1896, No. 7.)

L. berichtet zunächst über einen Fall von Prostatahypertrophie, den er

nach der Methode von Isnardi[1]) mit Durchschneidung des Samenstranges behandelt hat: 81jähriger Patient, seit Jahren zeitweise Katheterismus und Incontinenz. 12. Mai 1895 nach vergeblichen Katheterisationsversuchen Punctio suprapubica mit Anlegung eines Katheters à demeure von oben. Unter zunehmenden cystitischen Beschwerden leichte Temperaturerhöhungen und besorgnisserregender Allgemeinzustand. 1. Juni Durchschneidung des Samenstranges. In Narcose Freilegung desselben durch je einen Längsschnitt, Isolirung und nach Durchtrennung Unterbindung der einzelnen Gefäße. Fortlaufende Naht der Schnitte. Auch zu dieser Zeit gelang der Katheterismus nicht. Vom Tage der Operation an spontane Urinentleerung und einige Wochen später völliges Verschwinden der Incontinenz. Nach der Operation starke Anschwellung der Hoden und umfangreiche Sugillation der Scrotalhaut. Die Schnitte heilten per primam, zeigten aber unter dem Einfluss der Incontinenz und der dadurch bedingten steten Benässung Stichcanaleiterungen. 9. Juni stärkere Schwellung der linken Hodensackhälfte, Oedem des Penis, einige leichte Fröste. Daher am 14. Juni Enucleation beider Testikel, die beträchtlich geschwollen und stellenweise hömorrhagisch infarcirt waren. Besserung des Allgemeinbefindens, Zurückgeben der Oedeme; Mitte Juli Verheilung der Wunden. Am 5. Juli ergiebt die Untersuchung der auch vor der Durchschneidung der Samenstränge palpirten Prostata, dass sie erheblich platter und kleiner geworden war. Seit Anfang Juli Continenz. Ende Januar 1896 noch ist die Blasenfunction völlig normal.

In einem Falle hat L. bereits im Sommer 1895 die subcutane Durchtrennung des Vas deferens bei einem Prostatiker vorgenommen, doch trat einige Tage darnach unabhängig von dem geringen Eingriff der Exitus ein. „Um das Vas deferens subcutan sicher durchtrennen zu können, thut man am besten, man fixirt sich dasselbe. L. bediente sich einer ausgekochten Sicherheitsnadel, deren Spitze er oben an dem auseinandergezogenen „platten“ Scrotum durch die Scrotalhaut ein-, hinter dem Vas deferens her, und aus der Scrotalhaut wieder herausführte. Ein feines, spitzes Messerchen dient dem Zwecke am besten, und die Verschieblichkeit der durchtrennten Stücke des Vas deferens zeigt dem Gefühl deutlich, dass die Discision stattgefunden hat.“ Nach Entfernung der Nadel ist nur ein kleiner Verband notwendig. Da nach unabsichtlicher Durchtrennung des Vas deferens nie eine Wiedervereinigung eintritt, so empfiehlt L. auf Grund der Ergebnisse, die Helferich mit der Resection eines Stückes des Vas deferens bei Prostatahypertrophie erzielte, in der Vereinfachung der Operation noch einen Schritt weiter zu gehen und die bei sorgfältiger Asepsis vollkommen gefahrlose und von jedem Arzt ausführbare subcutane Durchtrennung des Samenganges zu versuchen. **K.**

[1]) Heilung der Hypertrophie der Prostata mittelst Durchschneidung und Ligatur des Samenstranges. Centralbl. f. Chirurgie 1895, No. 28.



Dott. Michele Pavone: **Un caso grave di ipertorfia della prost. guarito colla recis. e torsione dei canali deferenti.** (Policlinico Vol. III. C. an. 1896.)

Verf. bespricht an einem von ihm operirten und geheilten Fall von hochgradiger Prostatahypertrophie die Vorzüge der Resection, verbunden mit Torsion des Vas deferens vor der Castration. Zunächst ist die Operation ganz ungefährlich, sie kann mit localer Anästhesie ausgeführt werden, sie alterirt die Psyche der Operirten nicht, und der Erfolg rücksichtlich der Verkleinerung der Prostata ist derselbe wie bei der Castration. Die Misserfolge, die einige Operateure beobachtet haben, sind nach Ansicht des Verf.'s darin zu suchen, dass für den vollkommenen Verschluss des resecirten Vas deferens nicht genügend gesorgt worden ist. Die Unterbindung des durchschnittenen Vas deferens allein sei nicht ausreichend, da der Faden leicht die dünne Wandung durchschneidet, wodurch das Secret in das umgebende Gewebe sickert, von wo aus es resorbirt wird und so den Effect der Operation vereitelt. P. vermeidet diesen Ausgang, indem er die beiden Enden des durchschnittenen Vas deferens kräftig dreht und so zur Obliteration bringt.

Geh. Rat Prof. Dr. Czerny: **Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie.** Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. (Deutsche med. Wochenschr., 1896, No. 16.)

Cz. warnt vor einer allzu leichten Empfehlung der Castration bei Prostatahypertrophie; er selbst hat in drei Fällen Mißerfolg gehabt und nach der Zusammenstellung von Bruns blieb in einem Drittel von 148 Fällen eine wesentliche Rückbildung der hypertrophischen Prostata aus.

Für die theoretische Begründung der Operation genügen nicht die Erfahrungen bei jugendlichen Menschen und Tieren, da es sich um die hypertrophische Prostata von Personen im vorgerückten Alter handelt. Die Uebertragung der Erfolge der Castration bei Uterusmyomen auf die Behandlung der Prostatahypertrophie ist nicht gerechtfertigt, weder durch die Erfolge, die gar nicht so günstig sind, noch durch die Analogie, die nur in ganz geringem Maße besteht.

Die Erfolge der Operation bei frischer Harnverhaltung, wo nach Wegfall der Congestionen zu den Geschlechtsorganen eine rasche Abschwellung der vorher ödematösen und hyperämischen Prostata eintritt, können sowohl auf die Castration, als auch auf den regelmäßigen Katheterismus mit Spülung der Blase bezogen werden.

Bei lang bestehender Harnverhaltung, wo aus der Blase ein voluminöser, derber Sack geworden ist, ist es schwer verständlich, wie diese Beschwerden wie mit einem Schlage nach der Castration ver-

schwinden sollen. Die Erfolge in diesen Fällen sind jedenfalls verhältnismäßig seltener, da schlechte Erfolge wohl häufig nicht veröffentlicht werden.

Der Eingriff der Operation ist, wenn auch an und für sich klein, so doch in Anbetracht des Alters der Patienten und der meist bestehenden Complicationen, nicht unbedeutend, und in einer nicht kleinen Zahl der Fälle (in 23 von 148 Fällen in der Statistik von Bruns erfolgte der Tod in 3—8 Wochen nach der Operation) ist durch die Operation das Leben verkürzt worden.

In allen drei von Cz. beschriebenen Fällen trat bald nach der Operation ein rapider Verfall der Kräfte ein, der in einem Falle zum Tode führte.

Fälle mit vorgeschrittener Cystopyelitis, ebenso mit Zeichen von Nierenerkrankung, hochgradigen Altersveränderungen, sollten von der Operation ausgeschlossen sein. Die Resection des Samenstranges ist der Castration entschieden vorzuziehen, wenn beide Operationen denselben Erfolg haben. Bei umschriebenen Prostatamyomen und bei starker Entwicklung einer Prostataklappe, wo man mit der Castration wahrscheinlich wenig Erfolg haben wird, empfiehlt Cz. die Bottini'sche galvanocaustische Incision der Prostata. **Bock.**

Davies Colley: **Bladder after Castration for enlarged Prostate.** (Pathological society of London, Sitzung vom 4. Februar 1896. Bericht der „Lancet".)

Das Organ stammte von einem Kranken, dessen Hoden 8 Monate vor seinem Tode entfernt worden waren. 73 Jahre alt, litt er an den bekannten Symptomen der Prostatahypertrophie seit 4 Jahren. 8—9 Mal Nachts mußte er Urin lassen. Per rectum fühlte man die Prostata $2^1/_2$ Zoll breit und 2 Zoll lang und tief. April 1895 Castration. Erleichterung dauerte einen Monat. Er entleerte den Urin in stärkerem Strahl und wurde Nachts nur 3 Mal gestört. Die Prostata behielt indeß ihre Größe. December 1895 starb er an Pyelonephritis und Bronchitis.

Blase dickwandig und contrahirt, rechter Prostatalappen stark vergrößert. Harnröhre stark geschwollen und nach links abgeknickt, starke Schwellung des unteren Teils des Trigonum.

Die äußeren Maße der Prostata waren dieselben, wie die vor der Castration notirten.

Trotzdem also augenscheinlich die Operation eine Erleichterung herbeiführte, trat keine Verkleinerung der Prostata ein.

Shattock meint, daß, je drüsenreicher das Organ ist, um so wahrscheinlicher das Organ nach der Castration sich verkleinert.

Davies-Colley hat die mikroskopische Untersuchung noch nicht vorgenommen. Mode.

Rehfisch: **Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen.** Aus dem ersten anatomischen Institut zu Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 16.)

Gewöhnlich wird jetzt den Samenblasen eine doppelte Function zugesprochen, d. h. man hält sie sowohl für Secretionsorgane, als auch für Samenbehälter.

Den Collectivnamen Samenblasen sowohl auf die betreffenden Organe des Menschen, als auch promiscue auf diejenigen einer ganzen Reihe von Tieren anzuwenden, ist man nicht berechtigt, denn in den „Samenblasen" einer Reihe von Tieren werden keine Spermatozoën gefunden. Die physiologische Identität dieser Organe bei den verschiedenen Tierarten ist keineswegs erwiesen, wenn sie auch morphologisch einander nahe stehen. Bei Igeln, Ratten, Mäusen, Meerschweinchen münden die Samenblasen direct in den Sinus urogenitalis, so daß die Samenblasen selbst nie Spermatozoën enthalten.

Beim Menschen bilden die Samenblasen weite Hohlräume mit dünnflüssigem Inhalt, während z. B. beim Igel in der geschlechtsreifen Zeit die Samenblasen weißliche größere Gebilde mit talgartigem Secret darstellen. So sind die Samenblasen des Menschen von denen der Tiere streng zu scheiden.

Die Schleimhaut der Vesiculae seminales enthält Drüsen, die einen eiweißartigen Stoff secerniren, der einen wesentlichen Bestandteil des Sperma bildet. Außerdem sind in den Samenblasen von Fürbringer in 80 pCt., von Schlemmer in 89 pCt. der untersuchten Leichen Spermatozoën nachgewiesen worden. Bei der nicht selten zu beobachtenden Azoospermie beim Manne wird man auch nicht immer Samenfäden in den Samenblasen erwarten können. Um den Einwand abzuweisen, daß die Spermatozoën vielleicht post mortem in die Samenblasen gewandert seien, hat Rehfisch bei 50 jungen Leuten einen Druck per Rectum auf die Samenblasen ausgeübt. In allen diesen Fällen bis auf drei konnte R. in dem unmittelbar nach der Untersuchung gelassenen Urin Spermatozoën deutlich nachweisen, so daß kein Zweifel mehr bestehen kann, daß, abgesehen von dem gelegentlichen Zustand einer Azoospermie, constant Samenfäden in den Samenblasen der Menschen gefunden werden.

Die vor 200 Jahren von Regnerus de Graaf gemachte Entdeckung, daß, wenn man in die Samenblasen vom Vas deferens aus Luft, Wasser oder Quecksilber injicirt, die Injectionsmassen erst dann aus dem Ductus ejaculatorius heraustraten, wenn sich vorher die Samenblasen prall mit denselben gefüllt hatten, diese Entdeckung, die bisher vollständig übersehen war, ist von Rehfisch nachgeprüft und voll

und ganz bestätigt worden. Die Ursache dieses Phänomens hat ihre Begründung in der Einmündung der Samenblasen in das Vas deferens; das Lumen des Vas deferens tritt unter convexem Winkel in dasjenige der Samenblase über, und diese Mündungsstelle ist so außerordentlich weit, daß alles das, was aus dem Vas deferens herausfließt, in die Samenblase überfließen muß.

Das Hodensecret nimmt also zunächst seinen Weg in die Samenblasen; es fungirt also dieses Organ beim Menschen wenigstens als Samenreservoir unbeschadet seiner Drüsenthätigkeit. Der Nutzen eines derartigen Reservoirs liegt darin, daß sich der entwickelte Mensch in einem dauernden Zustand geschlechtlicher Fähigkeit befindet, daß seine Keimdrüsen fortwährend Sperma secerniren, so daß beim Fehlen von Sammelbassins Spermatorrhoe eintreten müßte; ferner ist für eine wiederholt ausgeführte Cohabitation genügend Vorrat vorhanden.

Die Frage nach der Bedeutung des Secrets der Samenblasen hat R. in der Weise zu lösen versucht, daß er künstliche Befruchtungsversuche bei Kaninchen mit dem Inhalt der Samentasche einmal, dann mit dem Inhalt der Nebenhoden und einmal mit dem Inhalt der Samenstränge ausführte, doch gelang es R. nie, Conception herbeizuführen. R. zieht daraus den Schluß, daß das reine Hodensecret nicht zur Befruchtung ausreicht. **Bock.**

VIII. Hoden und Nebenhoden.

M. Simmonds (Hamburg): **Ueber den Einfluss von Alter und Krankheiten auf die Samenbildung.** (Festschr., dem ärztl. Verein zu Hamburg zur Feier seines 80jähr. Jubiläums gewidmet. Leipzig 1896.)

Zusammenstellungen über den Spermatozoenbefund bei Sectionen liegen vor von Busch, Lewin, Fürbringer, Casper. Busch[1]) fand bei 100 Sectionen 27 Mal Azoospermie, 30 Mal Oligozoospermie und nur 34 Mal Spermatozoen in reichlicher Menge. Bei plötzlich Verstorbenen waren stets Samenzellen vorhanden, bei acuten Krankheiten Erlegenen fast regelmäßig, von den an Phthisis und anderen chronischen Krankheiten Verstorbenen dagegen war fast $^1/_3$ mit Azoospermie behaftet.

Lewin[2]) fand bei 38 Sectionen nur 28 Mal Spermatozoen. Seine An-

---

[1]) Busch, Ueber Azoospermie bei gesunden und kranken Menschen etc. Zeitschr. f. Biologie, Bd. XVIII, pag. 496.

[2]) Lewin, Studien über Hoden. Deutsche Klinik 1861, pag. 234.



gabe, daß er im Nabenboden und Vas deferens in ca. 60 pCt., in den Samenblasen dagegen nur in ca. 34 pCt. der Fälle jene Gebilde fand, kann Verf. nicht bestätigen, da er Spermatozoen in den Samenblasen nur ausnahmsweise vermißte, wenn sie in den anderen Abschnitten des Genitaltractus vorhanden waren.

Fürbringer[3]) konnte bei der Untersuchung von 41 Leichen in 10 Fällen keine, in 17 Fällen nur spärliche Samenfäden auffinden und Casper[4]) endlich hat bei 33 plötzlichen Todesfällen 11 Mal dieselben vermißt.

Zu einem wesentlich günstigeren Resultat kommt Verf. auf Grund seiner Untersuchungen an 200 Männerleichen, bei denen er nur in 15 pCt. der Fälle absolute Azoospermie, 19 Mal Oligozoospermie und in 75 pCt. normalen Spermatozoengehalt constatirte. Zum Teil im Gegensatz zu bisher geltenden Anschauungen kommt S. am Schluß der interessanten Arbeit zu folgenden Ergebnissen:

1) Selbst im höchsten Greisenalter finden sich fast regelmäßig noch Samenfäden im Sperma.

2) Acute Krankheiten führen niemals Azoospermie herbei, chronische Krankheiten mit Ausnahme der Rückenmarksleiden nur selten. Selbst schwere Cachexien heben nur selten die Samenentwicklung völlig auf.

3) Chronische Lungenschwindsucht hebt nur in einem kleinen Bruchteil der Fälle die Bildung von Spermatozoen auf; dagegen verzögert sich häufig unter dem Einfluß dieser Krankheit die Pubertätsentwicklung.

4) Den schwersten deletären Einfluß auf die Samenbildung übt der chronische Alcoholismus aus, der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu Azoospermie führt. K.

Ssimanowitsch: **Ueber die Veränderung der Samendrüsen unter dem Einflusse des Hungerns.** Nach einem Vortrag auf dem VI. Congress der russ. Aerzte zu Kiew. (Wratsch 1896, No. 26.)

S. gelangte auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) Bei vollständigem Hungern erfährt die Samendrüse parenchymatöse Degeneration, welche von heftiger Degeneration begleitet wird; einige Zellen, die für das physiologische Leben der Drüse anscheinend eine wesentliche Bedeutung haben, können an einfacher Necrose zu Grunde gehen.

2) Die Zerstörung der Eiweißteilchen in den Zellen der Tubuli torti sistirt, sobald Nährstoff in genügender Quantität wiederum zugeführt wird, während der durch die Degeneration entstandene Verlust in drei Tagen durch Regeneration ersetzt wird.

3) Die physiologische Thätigkeit der Samendrüse geschieht bei hungern-

---

[3]) Fürbringer, Ueber Spermatorrhoe und Prostatorrhoe. Volkmann's Samml. klin. Vortr., No. 207.

[4]) Casper cit. nach Kocher, Krankh. d. männl. Geschlechtsorgane. Deutsch. Chirurg., Lfg. 506, pag. 595.

den Tieren in normaler Weise; sie wird nur bei starker morphologischer und physicalisch-chemischer Störung verlangsamt und sistirt in äußerst schweren Fällen ganz.

4) Die geschlechtliche Erregbarkeit erfährt während des Hungerns des Thieres nicht nur keine Einbuße, sondern sogar eine Steigerung.

5) Sobald den Tieren wiederum Nahrung gereicht wird, stellen sich in der Samendrüse rasch normale Verhältnisse ein, und die Tiere erlangen ihre Fähigkeit zu productivem geschlechtlichen Leben vollständig zurück.

6) Bei reichlicher Fütterung der Tiere findet eine starke Fettdurchsetzung der Samendrüse statt.

7) Die Samendrüse gehört zu denjenigen Organen, die, eine wichtige Rolle in den Functionen des Körpers spielend, auch unter Verhältnissen geschont werden, die für den Organismus selbst verderbend sind. Li.

Kockel (Leipzig): **Beitrag zur Kenntnis der Hodenteratome.** (Chirurg. Beitr. Festschr. z. 70. Geburtstage von Bruno Schmidt, Leipzig 1896. — Referat der Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 23.)

Sorgfältige Untersuchung eines Hodenteratoms, das einem $3^1/_2$jährigen Knaben exstirpirt war. Der Hauptteil der Geschwulst besteht aus Hirnsubstanz, daneben finden sich periphere Nerven, Ganglienknoten, Cysten epidermoidaler Natur, Darmanlagen, Kehlkopf- oder Bronchialanlagen, fibrilläres Bindegewebe, Knorpelstücke, Knochengewebe, Fett, glatte Muskulatur, wahrscheinlich auch quergestreifte. Es überwiegen demnach die Gebilde des äußeren Keimblattes; gut entwickelt sind auch die Gebilde des mittleren, am wenigsten die des inneren Keimblattes. In ihrem Aufbau erinnern die Organanlagen in gewissem Grade an den Aufbau eines normalen Foetus.

Verf. schließt auf Grund seiner Untersuchungen, dass die Embryonalcystome des Hodens denen der Ovarien völlig analog sind. Er glaubt, dass auch eine große Anzahl der complicirten Cystengeschwülste des Hodens wahrscheinlich zu den Teratomen gehören. Die Hodenteratome sind nicht auf foetale Inclusion, sondern wahrscheinlich auf einen partiellen einseitigen Hermaphroditismus zurückzuführen: der Eierstocksteil des Hodens ist die Ursprungsstätte der Geschwulst. K.

Enderlen: **Klinische und experimentelle Studien zur Frage der Torsion des Hodens.** (D. Zeitschr. f. Chir., Bd. XLIII, pag. 177. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 27.)

Auf der chirurgischen Abteilung der Universitäts-Klinik zu Greifswald gelangte ein 49jähr. Arbeiter, seit zwei Tagen unter anscheinenden Brucheinklemmungssymptomen mit rechtsseitiger Scrotal- und Hodenschwellung erkrankt, zur Castration. Samenstrang nebst Hoden war um 270° von innen nach außen gedreht; der entfernte Hoden zeigte krebsige Degeneration. Der Patient starb später an Magen- und Darmcarcinom.

Unter Berücksichtigung der Casuistik der Hodentorsion constatirt E., dass eine Torsionsdauer von 42 Stunden schon gefährlich ist, da nach dieser Zeit leicht Hodengangrän eintritt.

Bei seinen Tierversuchen fand er, dass nach 16stündiger Ligatur der Gefäße des Funiculus spermaticus noch keine Schädigung stattfand, wohl aber wurde der betreffende Hoden atrophisch nach 22stündiger Ligatur.

K.

Ribbert: **Drei Fälle von retinirten Leistenhoden.** Nach einem Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich. (Correspbl. für Schweizer Aerzte 1896, April.)

R. hatte Gelegenheit, drei Fälle von retinirten Leistenhoden zu untersuchen, die Krönlein exstirpirt hatte. In dem einen Falle handelte es sich um völliges Fehlen des Hodens. Es war nur der Nebenhoden vorhanden ohne weitere Veränderungen. Im zweiten Falle lag ein großer Tumor vor, neben dem nur im Hilus des Organes noch Hodengewebe sich fand, welches durch die Geschwulst comprimirt war. Die Neubildung war ein Carcinom. Der dritte Fall betraf einen atrophischen Hoden, an dessen Außenwand ein erbsengroßes Knötchen durch die Tunica sichtbar war. Dasselbe setzte sich, scharf abgegrenzt, zusammen aus engeren Hodenkanälchen mit einem nicht differenzirten cylindrischen Epithel. Spermatozoen fehlten, während sie im übrigen Hoden spärlich vorhanden waren.

Li.

Rumpel: **Ein Fall von myxödemartiger Erkrankung bei Hodenatrophie.** (Aerztl. Ver. in Hamburg, Sitz. v. 25. Febr. 1896. — D. med. Wochenschr. 1896, No. 14.)

36jähriger, aus psychopathisch belasteter Familie stammender Kaufmann, war mit Ausnahme eines im 15. Lebensjahre überstandenen Typhus und eines im 24. Lebensjahre acquirirten Trippers, der ohne Complicationen völlig ausheilte, nie ernstlich krank.

Im 30. Lebensjahre erkrankte er mit allmählich stärker werdenden nervösen Beschwerden, allgemeinem Mattigkeitsgefühl und zunehmendem Haarausfall — in zeitlichem Zusammenhang nach einer wegen eines Hautausschlages (Krätze) durchgemachten Einreibungskur. Zunahme der täglichen Harnmenge, die täglich 5—6 Liter betragen haben soll, dabei stärkeres Durstgefühl. Der Urin soll häufig mit negativem Erfolge auf Zucker untersucht worden sein. Inzwischen Zunahme der nervösen Beschwerden: häufig Kopfschmerzen, unbestimmte ziehende Schmerzen in den Gelenken, Unlust zum Arbeiten, Schlaflosigkeit und Abnahme des Gedächtnisses. Der Geschlechtstrieb, welcher seit Beginn der Erkrankung schwächer wurde, ist seit Jahren gänzlich erloschen; erst in der letzten Zeit bemerkte Pat. ein Dickerwerden der Hände und Füße und eine auffällige Trockenheit der Haut derselben, verbunden mit einem eigentümlichen Kältegefühl in den

betreffenden Teilen. Auch sonst fröstelt Pat. leicht und bevorzugt warme Kleidung und stark geheizte Zimmer.

Sehr kräftig gebauter Mann, 1,75 groß, Gewicht 90 kg. Haut und Schleimhäute sehr blaß; Gesicht etwas gedunsen. Gesichtsausdruck schlaff und stumpf. Haut und Unterhautzellgewebe des Gesichtes und Halses unverändert. Thyreoidea nicht palpabel, sicher nicht vergrößert. Haupthaar sehr spärlich; an der Oberlippe und am Kinn einige weißliche Härchen — früher stattlicher Vollbart — Augenbrauen spärlich, Achsel- und Schamhaare fast ganz fehlend. Die Hände und Füße zeigen eine starke Volumzunahme, die sich auch auf die Vorderarme und Unterschenkel fortsetzt. Die Vergrößerung ist durch eine Vermehrung des subcutanen Gewebes bedingt, das sich teigig und etwas weicher als der gewöhnliche Panniculus anfühlt. Die Haut an den betreffenden Stellen ist sehr blaß, auffallend zart, leicht rissig, trocken, „alabasterartig“. Fingereindrücke bleiben nicht bestehen. Auch die übrige Haut ist sehr trocken. Pat. giebt an, nie zu schwitzen. Das subcutane Gewebe der Bauchdecken, deren Haut gleichfalls die beschriebenen Eigentümlichkeiten aufweist, stark vermehrt, besonders am Mons veneris ein größeres, sich weich anfühlendes Fettpolster, eine dem weiblichen Habitus ähnliche Configuration bedingend. Penis völlig normal. Hodensack gut um die Hälfte verkleinert. Hoden und Nebenhoden hochgradig atrophisch, höchstens kirschgroß, aber in ihrer Form nicht verändert; auf Druck geringe Empfindlichkeit. Leistencanal geschlossen. Prostata nicht vergrößert. Keine Drüsenanschwellungen. Sensibilität der Haut besonders an den befallenen Partien hinsichtlich Schmerz- und Tastempfindung und Temperatursinn völlig normal. Hautreflexe nicht gesteigert, desgleichen Sehnenreflexe. Elektrisches Verhalten der auch sonst gut functionirenden Körpermuskulatur völlig normal. Keine Störung des Muskelsinnes, kein Schwanken bei geschlossenen Augen; bei letzterem leichter Tremor der Lidmuskulatur. — Die inneren Organe bis auf ein mäßiges Lungenemphysem ohne Veränderung. Persistenz der Thymus nicht nachweisbar. Urinentleerung ungestört, Menge stark vermehrt, 6—7 Liter pro Tag, spec. Gew. 1007. Kein Eiweiß und Zucker, keine Formbestandteile. Blutuntersuchung hinsichtlich Gestaltveränderung und Menge der Blutzellen ohne pathologischen Befund. Hämoglobingehalt 70 pCt. Augenhintergrund normal. Keine Gesichtsfeldeinengung. Untersuchung der Nase und des Kehlkopfes ergiebt nichts Besonderes.

Die Veränderung der Haut und des subcutanen Gewebes erinnern entschieden an die typischen Erscheinungen des Myxödems, wenn auch die Localisation der befallenen Teile eine ungewöhnliche ist. Zu dem genannten Krankheitsbilde passen auch die nervösen Beschwerden des Pat., die Gedächtnisschwäche und noch mancher andere Zug (leichtes Frösteln etc.) der Krankengeschichte. Die hochgradige Atrophie der Hoden — entschieden der wesentlichste pathologische Befund des beschriebenen Falles — und die Polyurie gehören nicht zu den Symptomen des Myxödems. Beide Erscheinungen sind bei der Acromegalie bereits beobachtet worden; daß

die letztere Erkrankung hier sicher nicht vorliegt, geht aus dem gänzlichen Fehlen der Knochenhyperplasie hervor; außerdem sind es nicht die Phalangen und sonstigen äußersten Körperteile, Nase, Ohren etc., welche den hyperplastischen Proceß aufweisen.

Der Patient wurde während der dreiwöchentlichen ambulanten Beobachtungszeit mit Thyreoidintabletten (täglich 1—2 Stück) versuchsweise behandelt. Von einer „zauberhaften" Einwirkung des Präparates kann bis jetzt nicht die Rede sein. Pat. verlor an Gewicht 3 kg; aber eine Veränderung des localen Befundes oder der subjectiven Beschwerden war nicht zu constatiren. Bemerkenswert war die Angabe des Patienten, daß er einige Male Nachts geschwitzt habe, was während der letzten Jahre nicht vorgekommen sein soll. K.

IX. Blase.

G. Köster: **Ueber Aetiologie und Behandlung der Enuresis.** (Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 23.)

Im Jahre 1867 gab Prof. Seeligmüller in Halle eine neue Methode zur Behandlung der Incontinentia urinae an, darin bestehend, dass er das Ende eines bis auf $^1/_4$ Zoll durch Guttaperchaüberzug isolirten Kupferdrahtes, welcher mit dem negativen Pol eines Inductionsapparates in Verbindung stand, in die Harnröhre einführte und den positiven Pol vermittelst Schwammelectrode über der Symphyse fixirte. Trotzdem S. in 4 Fällen einen ebenso schnellen, wie namentlich andauernden Erfolg erzielte, geriet die Methode dennoch in Vergessenheit.

Köster hat nun diese Methode neuerdings wieder in Anwendung gezogen und berichtet in Vorliegendem über die Resultate, welche sehr befriedigende sind. Es wurden im Ganzen 20 Fälle (11 Knaben und 9 Mädchen) behandelt, wovon 11 Kranke (6 Knaben und 5 Mädchen) an Enuresis nocturna et diurna litten. Von diesen wurden 9 (5 Kn. und 4 Mdch.) geheilt, gebessert 1 Knabe, ungeheilt blieb 1 Mädchen. An Enuresis nocturna krankten 5 Knaben und 4 Mädchen, wovon 4 Knaben und 4 Mädchen geheilt, 1 Knabe nicht geheilt wurden. Es wurden also von den 20 Köster'schen Fällen 17 dauernd geheilt, 1 gebessert und 2 nicht geheilt = 85 pCt. Heilungen. Die Zahl der einzelnen Sitzungen schwankte zwischen 1 — 20. Im Durchschnitt waren 2 notwendig. Hinsichtlich der Methodik wich K. von S. nur insofern ab, als er den faradischen Strom einen gewissen Zeitraum hindurch nicht gleichmäßig stark einwirken ließ, sondern indem er für

ein langsames Anschwellen bis zum Strommaximum von ca. 2—3 Minuten langer Dauer und allmähliches Abschwellen bis zum äußersten Stromminimum — ca. 1 Minute — sorgte. Diese Procedur wurde in jeder Sitzung 3 Mal wiederholt, und soll in einigen Fällen eine einmalige Behandlung ausgereicht haben. Die Sitzungen wurden jeden Tag je nach Bedarf wiederholt, und zwar so lange, bis kein Durchnässen von Hose oder Bett mehr erfolgte. Die Entlassung der Kranken aus der Behandlung erfolgte erst dann, wenn mehrere Tage hindurch kein Durchnässen mehr aufgetreten war, jedoch wurde stets die Anweisung mitgegeben, bei den geringsten Anzeichen eines Rückfalles sofort zur Kur sich wieder einzufinden.

Verf. bespricht dann noch die sonstigen Behandlungsmethoden anderer Autoren, welche er in 4 Klassen einteilt: 1) die electrische, 2) die mechanische: a. durch Lagerung, b. durch Dehnung, 3) die chirurgische, 4) die medicamentöse. Einige derselben erfordern sowohl ein großes und kostbares Instrumentarium und bedeutende Uebung und sind hinsichtlich ihrer Anwendung zeitraubender und mühevoller, keineswegs aber sicherer. Als Ursache der Enuresis sieht K. eine Schwäche der Blasenschließmusculatur, des Sphincter vesicae int. und des Musc. compressor ureth. an. — Auch bei einem 66jährigen Tabiker wurde das Seeligmüller'sche Verfahren in Anwendung gezogen mit dem Erfolg, daß es gelang, $1^1/_2$ Jahre hindurch die Enuresis desselben 4 Mal für einige Monate zu beseitigen.

Zum Schluß faßt Verf. die Vorzüge der S.'schen Methode kurz zusammen: Die Anwendung hat keine Schwierigkeiten, setzt keine Neuanschaffungen von Instrumenten und Uebung für den Arzt voraus, geschieht ambulatorisch in der Sprechstunde und ist absolut gefahrlos. Die Zahl der Sitzungen ist durchschnittlich 2, jede dauert ca. 5—7 Minuten und der Erfolg ist mit geringen Ausnahmen sicher und andauernd.

Stockmann.

Planellas: **Incontinentia urinae bei Wöchnerinnen.** Nach einem Vortrag auf dem II. internationalen Congress für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Genf. (La Semaine médicale 1896, No. 47.)

Bei manchen Wöchnerinnen pflegt sich eine Incontinentia urinae einzustellen, die die Vermutung wachzurufen vermag, dass hier eine Vesicovaginalfistel vorliege. Es ist jedoch leicht, sich von dem Nichtvorhandensein einer solchen durch die intravesicale Injection irgend einer gefärbten Flüssigkeit zu überzeugen. Die Incontinentia urinae kann nach P. entweder durch ein Trauma oder durch Infectionen hervorgerufen werden. Im ersten Falle hat man es mit einer primären Parese der Muskelschicht der Blase und deren Sphincters zu thun, im zweiten liegt dagegen eine secundäre,

von der Infection der Blasenschleimhaut ausgehende Parese vor, wie sie von Stokes beschrieben wird.

Die Behandlung der Incontinentia urinae bei Wöchnerinnen muss eine causale sein und die Beseitigung der Folgen des Trauma's oder der Infection erstreben. In sämtlichen Fällen kommt noch die Anwendung von Mitteln, wie z. B. Nux vomica, in Betracht. Li.

Tod Gilliam: **An operation for the cure of incontinence of urine in the femal.** (The american Journal of obstetrix. — Medicinskoe obosrenie 1896, No. 15.)

Bei an Incontinentia urinae leidenden weiblichen Individuen entdeckte Verf. eine durch Operation leicht zu beseitigende Anomalie, die mit dem bezeichneten krankhaften Zustand in engem Zusammenhang zu stehen scheint. Es wandte sich an den Verf. ein 18jähriges Mädchen, welches seit der Kindheit an Incontinentia urinae litt. Bei der Untersuchung fand er einen vom äußeren Urethralrande zur vorderen Scheidenwand verlaufenden und sich in letzterer verlierenden Strang; nach dessen Durchschneidung war das Uebel verschwunden. Dieser auffallende Erfolg veranlasste natürlich den Verf., bei sämtlichen an Incontinentia urinae leidenden Patienten nach derselben Anomalie zu fahnden; seine Erwartungen traten jedoch nicht in Erfüllung.

Nach einiger Zeit consultirte den Verf. ein 21jähriges Mädchen, das von seinem qualvollen Leiden durchaus befreit werden wollte, aber keine Anomalien der Urethra darbot. Nach resultatloser Anwendung der bekannten Mittel entschloss sich Verf., das äußere Urethralende von den umgebenden Geweben abzuseparіren; er fand dabei zu seinem Ueberraschen einen vom unteren Urethralende zur Hymenalfalte verlaufenden Strang, der Vogelflügeln ähnlich war. Verf. excidirte denselben, machte an den lateralen Flächen der Urethra Incisionen in der Länge von $2^1/_2$ cm und nähte letztere an die umgebenden Gewebe an. Das Mädchen genas vollkommen.

Verf. nimmt an, dass die Incontinentia urinae in vielen Fällen von einer erhöhten Reizbarkeit der Urethralöffnung bedingt wird, die reflectorisch auf den Detrusor der Harnblase wirkt; die Gewebe in der Umgebung der Urethra sind auch an erectilen Nerven besonders reich. Wenn nicht gerade ein Strang, wie in den angeführten Fällen, so liegt nach Verf. in sämtlichen Fällen von Incontinentia urinae Hyperästhesie vor. Durch die Abseparirung der Urethra von den umgebenden Teilen soll nun nach Verf. Isolirung der Urethra von den Nerven dieses Gebietes erreicht werden. Die Incisionen an den Seiten des äußeren Urethralrandes werden so genäht, dass die Gewebe durch die Naht an der Incisionsstelle unter geradem Winkel vereinigt werden.

Durch diese Operation soll, wenn auch nicht in sämtlichen, so doch in vielen Fällen die Incontinentia urinae geheilt werden können. Nach der Operation müssen die Kranken ungefähr drei Wochen das Bett hüten. Die Fähigkeit, den Harn zu halten, erlangen die Operirten bereits in den ersten Stunden nach der Operation. Lubowski.

Baumgärtner: **Blasenfisteloperation, 7 Jahre nach Durchbruch eines im Ligamentum latum liegenden Abscesses in die Blase.** (Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 19.)

In seinem „Beitrag zur Perityphlitis und deren Behandlung" (Berl. klin. Wochenschr. 1894) stellte Verf. die Forderung auf, „auch alsdann noch zu operiren, wenn das gewöhnlich freudig begrüßte Ereignis eines Durchbruches in den Darm oder Blase bereits stattgefunden hat, sofern diesem Durchbruche die sofortige Genesung nicht auf dem Fuße folge". In Vorliegendem bespricht derselbe nun einen Fall, in dem es sich zwar nicht um ein eitriges perityphlitisches Exsudat, sondern um einen alten intraligamentär gelegenen und in die Blase durchgebrochenen Absceß handelt, welchen er durch Verschluß der Perforationsstelle in der Blase und Ableitung durch Drainage nach der Vagina zur Heilung brachte. Stockmann.

Ssjetkin: **Ein Fall von plastischer Operation bei einer Vesico-Vaginalfistel und narbiger Scheidenstenose mittelst eines Lappens aus der kleinen Schamlippe.** (Medicinskoe Obosrenie 1896, No. 9.)

Die 30jährige Patientin kam wegen Incontinentia urinae in das Krankenhaus. Die Untersuchung der Genitalien ergab einen alten Dammriß, stärkere Entwickelung der kleinen Schamlippen, Descensus der hinteren Vaginalwand. Die Vagina ist kurz, eng und wenig dehnbar; sie zeigte in verschiedenen Stellen Narben, von denen die eine ziemlich groß ist, fast dicht am Scheideneingang beginnt und längs der vorderen linken Vaginalwand links der Mittellinie verläuft. Am Ende dieser Narbe in der Entfernung von ungefähr 4 cm vom Introitus befindet sich eine rundliche Fistel mit derben Rändern, deren Gewebe direct in das Narbengewebe übergeht. Durch diese Fistel gelangt man mit der Sonde in die Harnblase, die ihren Inhalt auch stets durch die Fistel und nicht durch die Urethra entleert. Die Harnentleerung durch die Vagina kann vorübergehend eingehalten werden, wenn die Frau sich auf die rechte Seite legt; bei Aenderung der Lage ergießt sich jedoch der Harn, der sich inzwischen in der Blase angesammelt hat, durch die Fistel und Scheide. Das Perineum, die Inguinalfalten, sowie die inneren Schenkeloberflächen sind in Folge der beständigen Durchnässung mit Urin gerötet. — Aus der Anamnese ist hervorzuheben, dass die Incontinentia urinae sich nach dem ersten, langwierigen und sehr schweren Partus entwickelte und dass bei der Frau die Fistel bereits mehrmals, aber ohne Erfolg genäht wurde. Durch die wiederholten operativen Eingriffe hatte sich das narbige Gewebe in der Umgebung der Fistel etwas vergrößert, und nun konnte sich Verf. bei näherer Untersuchung der Fistel überzeugen, dass an eine Naht nicht mehr zu denken ist. Er entschloss sich in Folge dessen, das narbige Gewebe möglichst zu entfernen und dann die Transplantation eines Lappens aus der linken Nymphe vorzunehmen, um damit sowohl die Fistel, wie auch den Defect in Folge des zu entfernenden Narbengewebes

zu decken. Durch diese Operation sollte auf diese Weise einerseits die Fistel geschlossen und andererseits die durch die Narben bedingte Stenose der Scheide beseitigt werden. Die Operation wurde in Rücken-Steißlage unter Chloroformnarcose ausgeführt. Die Scheidenwand wurde im Gebiete der Fistel und der von derselben ausgehenden großen Narbe incidirt, wobei man das narbige Gewebe nach Möglichkeit entfernte. Es ergab sich, dass die Narbe dicht an der Fistel bedeutend in die Tiefe greift, während sie in der Richtung nach außen immer oberflächlicher wird; an der Fistel wurde die Narbe in Folge dessen, nämlich um einer Verletzung der Harnblase aus dem Wege zu gehen, nicht ganz entfernt, wohl aber am Introitus. Zur Bequemlichkeit wurde dabei die Gebärmutter mit Hilfe der Muset'schen Zange nach unten gezogen, während die hintere Scheidenwand mit dem Sims'schen Spiegel attakirt wurde. Aus der linken Nymphe wurde dann in der Richtung von unten nach oben ein Lappen gebildet, der Größe nach dem zu deckenden Defect entsprechend, unter einem Winkel von etwas über 90° gewendet und auf die Wundfläche in der Scheide gebracht. Um die Ernährung des Lappens zu sichern, ließ Verf. eine Gewebsbrücke zurück, die den Lappen mit der linken Nymphe in situ vereinigte. Der Lappen wurde mittelst Knotennaht aus feinster Seide an allen Seiten befestigt, wobei sorgfältig auf die Vermeidung einer Blasenverletzung geachtet wurde. Dasselbe geschah mit der an Stelle des entfernten Lappens entstandenen Wundfläche. Die Scheide wurde hierauf mit einem kleinen Streifen sterilisirter Gaze tamponirt. Ein weicher Katheter à demeure. Opium und Lagerung auf die rechte Seite. Fieberloser Verlauf. Am vierten Tage Entfernung des Katheters, die Scheide wurde nicht mehr tamponirt. Der Harn wird zurückgehalten. Die Patientin urinirt ohne Hilfe des Katheters, aber sehr häufig. Am achten Tage Entfernung der Nähte vom Rest der Nymphe, die per primam geheilt war. Am neunten Tage ging eine kleine Quantität Urin aus der Scheide ab; es konnte jedoch nicht näher bestimmt werden, woher der Harn fließt, da von einer Untersuchung mittelst Spiegels in Anbetracht der vor sich gehenden Verwachsung an der Transplantationsstelle Abstand genommen werden musste. Am 12. bis 14. Tage wurden allmählig sämtliche Nähte entfernt, der Lappen war in seiner ganzen Ausdehnung mit der Umgebung verwachsen. Am 32. Tage nach der Operation wurde Patientin entlassen.

Am Entlassungstage wurde folgender Befund constatirt: Die Patientin vermag den Urin zwei Stunden zurückzuhalten; die Urination erfolgt normal per urethram. Die Oberfläche des Lappens, der durch Verkürzung etwas von seiner ursprünglichen Größe eingebüßt hat, unterscheidet sich von den umgebenden Geweben durch seinen rosafarbigen Schimmer. Die Scheide ist bedeutend mehr dehnbar, als vor der Operation. Die äußeren Genitalien sind asymmetrisch wegen des fast gänzlichen Fehlens einer Nymphe. Von den früheren Nähten der äußeren Genitalien und der inneren Schenkeloberflächen ist nichts mehr zu sehen. Lubowski.

Wassiljew: **Ueber die vollständige Entfernung der Harnblase bei malignen Neubildungen derselben.** (Medicinskoe obosrenie 1896, No. 7.)

Nach einer eingehenden Litteraturübersicht berichtet Verf. über folgenden Fall: Bei einem 30jährigen Manne wurde maligne Neubildung der Harnblase diagnosticirt und die Sectio alta vorgenommen. Letztere ergab, dass fast die ganze Harnblase von der Geschwulst ergriffen ist, so dass man sich dazu entschließen musste, die Blase total zu entfernen. Zu dem für die Sectio alta üblichen Schnitt wurden noch zwei 5—6 cm lange Querschnitte oberhalb der Symphyse rechts und links von derselben hinzugefügt. Die Blase wurde dann schrittweise von den benachbarten Teilen gelöst, die Ureter dicht an der Harnblase durchgeschnitten, von dem umgebenden Zellgewebe isolirt, nach außen geleitet und an den oberen Winkel der Bauchdeckenwunde genäht. Fast fieberlose Heilung der Wunde. Trotzdem der eingenähte Teil der Ureteren in der Ausdehnung von ungefähr 2 cm necrotisch wurde, so blieb doch die Harnentleerung auch durch die nach unten verschobenen und verengten Ureterenöffnungen bestehen. — Nach vier Monaten wurde der Patient, der einen Harnrecipienten trug, in vorzüglichem Zustande in der russischen medicinischen Gesellschaft zu Warschau demonstrirt. Li.

Alfred Pousson: **Neoplasme de la vessie longtemps méconnu et diagnostiqué seulement à l'aide du cystoscope. — Deux opérations à neuf mois de distance.** (Guyon's Annalen, März 1896.)

Der 55jährige Patient, früher stets gesund, hatte gelegentlich eines Rittes vor 15 Jahren seine erste Hämaturie, im Anschluß daran Symptome von schwerer Cystitis, trotz aller Spülungen an Intensität zunehmend. Dieser Zustand dauerte mit einigen Remissionen etwa zwei Jahre an. Hierauf (1884) erneuter Anfall von Hämaturie und Cystitis acuta. Besserung nach Allgemeinbehandlung. Von 1885—1889 ist das Befinden leidlich. 1889 wurde wegen erneuter Anfälle Verf. hinzugezogen. Die durch diesen ausgeführte Sondirung ergab nichts, was auf einen Tumor hindeutete. Nichtsdestoweniger wurde seine Beschwerde nicht geringer, obwohl fortgesetzte Argent.-Instillationen ausgeführt wurden. In den nächsten Jahren blieb der Zustand ziemlich stationär. 1893 im Anschluß an eine erneute Hämaturie wieder schmerzhafter Blasencatarrh mit erheblichen Phosphatabscheidungen. Eine diesmal ausgeführte Untersuchung ergab: große Neigung der Pars prostatica zu Blutungen, Rauhigkeiten und Verdickungen in der Blasenwand, besonders in der Gegend des Blasenhalses. — Diagnose: Cystitis colli, vielleicht Blasentumor. Nach Erfolglosigkeit von Instillationen wurde October 1894 durch Cystoscopie ein an der linken Partie des Blasenhalses befindlicher Tumor nachgewiesen, jedoch ein operativer Eingriff zunächst abgelehnt. — Endlich, 14. März 1895, Operation: Sectio alta ergab einen großen Tumor und mehrere

kleinere polypöse Wucherungen. Drainage der Blase sechs Wochen lang, nachdem die Tumoren teils durch Excision, teils durch Cauterisation beseitigt worden waren. Heilung nach acht Wochen. — Ende August Wiederbeginn der früheren Beschwerden.

Nachdem dieselben durch Einlegen einer Dauersonde vorübergehend gebessert waren, trat sehr bald eine derartige Verschlimmerung sowohl der subjectiven, als auch der objectiven Erscheinungen ein, daß eine zweite Operation nötig wurde. Bei der wiederum oberhalb der Symphyse ausgeführten Eröffnung der Blase ergab sich eine enorme Ausbreitung der intravesicalen Wucherungen. Exstirpation derselben mit Messer, scharfem Löffel und Thermocauter. Die sehr beträchtliche Blutung wurde durch Eiswasserirrigationen gestillt. Drainage der Blase; Blasennaht. Entfernung der Guyon'schen Drainage-Sonde 10 Tage nach der Operation. Einlegung eines Pezzer'schen Katheters, Blasenspülungen. — Trotz der Drainage haben sich weder die Schmerzen des Patienten, noch die Trübheit des Urins verloren, die Blase hält kaum 20 g Flüssigkeit. Leider ist die Prognose des Falles eine durchaus traurige.

Max Nitze: **Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste.** (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1896, Heft 7 und 8.)

Nach einer kurzen Einleitung, in der auf die ziemliche Häufigkeit der Blasengeschwülste (auf Grund der Fenwick'schen Statistik und 150 eigener Beobachtungen) hingewiesen, das häufigere Vorkommen von gutartigen Blasengeschwülsten betont wird, geht Verf. zu der Schilderung seiner neuen Methode über, die sich bereits in einer Reihe von verschiedenartigen Fällen als practisch und wirksam erwiesen hat.

Der Operationsplan bei dieser, vom Verf. nach Ueberwindung zahlreicher mechanischer Schwierigkeiten ausgearbeiteten intravesicalen Methode geht dahin, daß man zunächst die prominirenden Teile der Geschwulst mit einer Drahtschlinge abschneidet und die restirende Basis dann durch intensive Cauterisation vernichtet, zu der die Lampe des Cystoscopes selbst benutzt werden kann. Bekanntlich vermag diese Lampe bei längerem Andrücken gegen die betreffende Schleimhautstelle einen Brandschorf zu erzeugen, und man würde wohl gelegentlich bei einer kleinen Blasengeschwulst von dieser Eigenschaft Gebrauch machen können. Sonst ist es aber zweckmäßiger, den Galvanocauter zu benutzen. Mit diesem ist man im Stande, in der mit Wasser gefüllten Blase ebenso sicher zu brennen, wie an der Luft, aus dem einfachen Grunde, weil beim festen Andrücken des Brenners gegen die Schleimhaut das Wasser verdrängt wird und der glühende Draht der Schleimhaut ebenso anliegt, als wenn das Cauterisiren an der Luft erfolgte. Um besonders leistungsfähige Instrumente zu erzielen, war es notwendig, den Schlingenträger resp. den Galvanocauter in gewissem Grade vom eigentlichen Cystoscop zu sondern und ihm eine von letzterem unabhängige Freiheit der Bewegung

zu geben, so daß weder das cystoscopische Sehen durch die genannten Mechanismen, noch deren Action durch das eigentliche Cystoscop gestört würde, daß vielmehr beide, je nach dem augenblicklichen Bedarf, in ein sehr wechselndes Verhältnis zu einander gebracht werden könnten. Dies kann nur dann erreicht werden, wenn die benutzten Mechanismen (Schlinge und Galvanocauter) nicht an dem eigentlichen Cystoskop, sondern an Röhren angebracht werden, die ihrerseits frei auf dem eigentlichen Cystoskop verschiebbar sind. Diese technische Aufgabe ist vom Verf. auch gelöst worden. Natürlich ist das nach den angegebenen Principien erbaute Operationscystoscop keineswegs als einfaches Instrument zu bezeichnen, und es dürfte wohl kaum angebracht sein, es an dieser Stelle ausführlich zu beschreiben, was übrigens ohne Illustrationen in zweckerfüllender Weise kaum geschehen könnte. Indem wir also in diesem Punkte auf die mit zahlreichen Illustrationen versehene Originalarbeit verweisen, begnügen wir uns hier damit, daß wir nur die Componenten des complicirten Instrumentariums angeben, die zur Ausführung intravesicaler Operationen nach Nitze erforderlich sind. Vor Allem sind sowohl von Schlingenträgern, wie von Galvonocautern mindestens je 3 Exemplare mit verschieden langem Schnabel notwendig; ebenso gehören 3 verschiedenartige Lampentypen dazu. Von diesen abgesehen, setzt sich das Operationscystoscop z. Z. zusammen aus 2 eigentlichen Cystoscopen, 3 Hülsen mit Schlingenträgern, 1 Walzapparat (zur Entwickelung und zum Zuziehen der Drahtschlinge), 3 Hülsen mit Galvanocautern, 2 Hülsen mit zangenartigen Vorrichtungen und einigen Nebenapparaten. Dieses so assortirte Instrumentarium stellt das Minimum dar, mit dem man zur Ausführung der Operation schreiten darf, und dieses Minimum soll (leider!) nur für etwa 1000 Mark anzuschaffen sein.

Findet man bei der cystoscopischen Untersuchung eines Patienten eine Geschwulst, die man hofft, intravesical entfernen zu können, so muß man vor Allem die Grösse, die Gestalt, den Sitz, die Stielverhältnisse derselben auf das Genaueste feststellen; nach dem Ergebnisse dieser Untersuchung wird dann das geeignete Instrument gewählt, wobei besonders auf die richtige Wahl des Schlingenträgers Gewicht zu legen ist, was für das prompte Gelingen des Eingriffs von der größten Bedeutung sei.

Die Operation selbst wird in mehreren Sitzungen vorgenommen. Ist das Instrument in die Blase eingedrungen, so wird das Cystoscop etwas vorgeschoben, worauf man den Schnabel des Schlingenträgers und einen Teil der andern Blasenwand erblickt. Indem man nun den Schlingenträger unverrückt läßt, sucht man sich durch geeignete Bewegung des Cystoscops nochmals über die Eigenschaften der Geschwulst zu unterrichten. Nachdem man jetzt den Schnabel des Cystoscops wieder nach oben gedreht und dadurch das freie Ende des Schlingenträgers wieder in's Gesichtsfeld bekommen hat, schreitet man zur Entwickelung der Schlinge, zum wichtigsten Momente der Operation, von dessen Gelingen das Gelingen des ganzen Eingriffs abhängt. Verf. schildert infolge-

dessen die Technik der Schlingenentwickelung mit besonderer Ausführlichkeit, ebenso wie die des nächstfolgenden Momentes, des Herumlegens der Schlinge um die Geschwulst. Letzteres erfolgt in der Weise, daß man die Schlinge und die Geschwulst in's Gesichtsfeld zu bekommen sucht, hierauf den Scheitel der Schlinge zunächst hinter der Geschwulst auf die gesunde Schleimhaut anlegt und dann das Instrument soweit zurückzieht, bis die mit ihrem Scheitel auf der Schleimhaut schleifende Schlinge die Geschwulst berührt. Dann drückt man den Schnabel des Schlingenträgers so gegen die Schleimhaut, daß sich seine Spitze direct vor der Geschwulst befindet, worauf die Schlinge durch allmähliches Zurückschieben des am Apparat angebrachten Schlittens langsam angezogen wird. Ist nun die Geschwulst von der Schlinge gefaßt, so setzt man durch eine besondere Vorrichtung die Galvanocaustik in Thätigkeit. Die heiße Schlinge schneidet das Gewebe leichter durch und verringert außerdem die eintretende Blutung.

Die Schmerzen sind gering. Die exstirpirten Geschwulstteile kommen teils mit dem herausgezogenen Instrument, teils mit dem später gelassenen Urin zum Vorschein. Die Blutung pflegt unbedeutend zu sein. In einzelnen Fällen stellt sich jedoch eine profuse Nachblutung ein, die nach einiger Zeit schwindet. — Ist die Geschwulst entfernt, so bleibt noch das Cauterisiren ihrer Basis übrig, wobei äußerste Vorsicht geboten ist, namentlich wenn die zu brennende Partie am Vertex an der seitlichen Wand sich befindet; bei ungeschicktem Vorgehen kann hier zweifellos leicht die Blasenwand durchgebrannt werden. Die Schmerzen des Brennens sind auffallend gering, namentlich wenn der Brenner recht weißglühend ist. Die Blutung ist meist gleich Null, bisweilen tritt nach längerer Zeit bei der Lösung des Schorfes eine geringe, sehr selten eine stärkere Blutung ein. Der Schorf stößt sich meist innerhalb eines längeren Zeitraumes in kleinen Fetzen ab. Nach etwa 3–5 Wochen zeigt die nun ihres Schorfes entkleidete Stelle ein sehr auffallendes Bild, das auf das Genaueste an das Bild von breit aufsitzenden malignen Neoplasmen erinnert. Jedoch sind die so verdächtig aussehenden Knötchen gutartige Granulationsknospen, die bald von selbst verschwinden, eine stärkere Röte zurücklassend. Auch letztere schwindet mit der Zeit, und ist dann bei der genauesten cystoscopischen Untersuchung die Stelle nicht mehr zu finden, wo die Geschwulst gesessen hat.

Was nun die practischen Erfahrungen des Verf.'s betrifft, so umfassen dieselben 31 Fälle, abgesehen von 2 Fällen, in denen das Verfahren nur versuchsweise angewandt wurde. Unter diesen 31 Fällen hatte Verf. keinen einzigen Todesfall zu verzeichnen. Bis auf den ersten Fall, in dem wegen damaliger Unvollkommenheit des Instrumentariums eine völlige Ausrottung der Geschwulst nicht erzielt wurde, und bis auf einen Fall, in dem es sich um Carcinom handelte, sind alle anderen Kranken geheilt und von den schon definitiv erledigten Fällen fast alle mit klarem Urin entlassen worden. Trotz dieses glänzenden Erfolges ist Verf. selbst weit davon entfernt, seine Operationsmethode als eine an sich

absolut ungefährliche hinzustellen. Er giebt selbst zu, daß bei ihrer Ausübung auch ungünstige Zufälle (eventuell selbst der Tod) eintreten können. Als solche kommen hier in Betracht: das Eintreten einer stärkeren Blutung, das Auftreten eines schweren Blasencatarrhes, eine Nieren- resp. Nierenbeckenreizung, endlich Complication mit Epididymitis resp. Prostatitis.

In erster Linie steht hier die Gefahr der Blutung. Jedoch steht es mit der letzteren bei der intravesicalen Operationsmethode nicht schlimmer, wie bei den anderen Operationsmethoden; im Gegenteil, viel besser. Man ist im Falle einer bedrohlichen Blutung im Stande, der Blutung innerhalb wenigen Minuten ein Ende zu machen; die in solchen Fällen bei gefüllter Blase besonders leicht auszuführende Sectio alta und darauf folgende Tamponade der Blase mit Jodoformgaze (Vorsicht!) stillt jede Blutung. Selbstverständlich wird man zu diesem Mittel eben wegen seiner absoluten Sicherheit wirklich erst im letzten Moment zugreifen brauchen.

Wie jeder andere intravesicale Eingriff, so kann auch die geschilderte Operationsmethode zu einem artificiellen Catarrh führen, und Verf. betont sogar selbst, daß bei seinem Verfahren die Verhältnisse in dieser Beziehung besonders ungünstig liegen, da die betreffenden Instrumente viele Vertiefungen zeigen, die zur Aufnahme bacterieller Massen besonders geeignet sind. Außerdem liegt doch hier die Notwendigkeit des wiederholten Einführens der Instrumente vor, und endlich finden die eingeschleppten Bacterien in den zottigen Geschwulstmassen den denkbar besten Nährboden.

Fieber und Fröste werden nach der Methode des Verf.'s viel seltener beobachtet, als man eigentlich erwarten sollte. Für jeden Fall habe man aber im Chinin ein Mittel, mit dem man die Fieberanfälle mit Sicherheit verhindern kann. Das Chinin wird (1 g pro dosi) dem Pat. vor der operationscystoscopischen Sitzung verabreicht, falls bei der vorausgegangenen Sitzung Fieber auftrat.

Bezüglich der schweren Nierenreizungen oder Exacerbation von Nierenbeckeneiterungen bemerkt Verf., daß sie nach seinem Verfahren ebenso vorkommen können, wie nach der Lithotripsie. Daß aber bei seiner Methode diese Gefahr keineswegs in höherem Grade besteht, beweist die Thatsache, daß in den 31 Fällen des Verf.'s eine derartige Complication kein einziges Mal beobachtet wurde und sämtliche Kranken, von einem abgesehen, ohne die geringste Nieren- oder Nierenbeckenaffection entlassen wurden.

Zum Schluß stellt Verf. einen Vergleich zwischen seiner Operationsmethode und der Sectio alta an. Letztere hat den Vorzug, daß sie in allen Fällen von Blasengeschwulst anwendbar ist; dagegen ist die cystoscopische Operation von vornherein ausschließlich auf gutartige Geschwülste beschränkt. Bisweilen wird die intravesicale Methode durch schweren Blasencatarrh, Kleinheit der Blase, Neigung zu starken Blutungen Seitens der Gewulst unmöglich gemacht, sowie durch übermäßige

Größe der Geschwulst sehr erschwert. Zu den Vorzügen der intravesicalen Methode gehört vor Allem der Umstand, daß sie den Grundforderungen eines jeden operativen Eingriffs: tuto, cito et jucunde in hohem Maße, teilweise sogar in der denkbar vollkommensten Weise genügt. Schon das Fortbleiben des Chloroforms ist hoch anzuschlagen. Dann ist dem Patienten die Möglichkeit gegeben, zu jeder Zeit die Behandlung zu unterbrechen und wieder aufzunehmen, was in vielen Fällen von ganz besonderer Bedeutung ist. Schließlich sind die Patienten auch während der Behandlung, während des größten Teiles der Zeit durch die Kur weder in ihrer Freiheit, noch in ihrer Lebensweise gestört oder belästigt.

Man darf nach den vorliegenden Ausführungen die intravesicale Operationsmethode als einen ganz bedeutenden Fortschritt in der Blasenchirurgie begrüßen, der Vielen zum Segen werden wird. Casper.

X. Ureter und Nierenbecken.

Willy Meyer: **Katheterismus der Ureteren bei Männern und Frauen mit Hilfe des Casper'schen Uretercystoskops.** Nach einem Vortrag in der Abteilung für allgemeine Chirurgie der medicinischen Akademie zu New-York. (The New-York Medical Journal 1896, März. — S.-A.)

Seit der Einführung des Nitze'schen Cystoskops im Jahre 1887 hegte jeder Cystoskopiker den natürlichen Wunsch, daß es auch gelingen möge, ein Instrument zu construiren, mit dem man die Ureteren katheterisiren könnte. An der Möglichkeit, ein derartiges, für die urologische Diagnostik äußerst wichtiges und förderndes Instrument zu construiren, zweifelte Verf. ebenso wenig wie die anderen Urologen, und doch bedurfte es einer ziemlich langen Zeit, bis das gewünschte Instrument in zweckmäßiger Ausführung der ärztlichen Welt vorgelegt wurde.

Im Januar 1895 demonstrirte Casper in der Berliner medicinischen Gesellschaft sein neues Uretercystoskop und führte gleichzeitig dessen practische Anwendung an 2 Patienten vor. In der Discussion erhob zwar Nitze Prioritätsansprüche auf das Instrument, doch gelang es Casper, dessen Einwendungen zu widerlegen und die Originalität seines Uretercystoskops zu beweisen. Jedenfalls sind die Fachgenossen Casper Dank schuldig, daß er unter Anwendung großer Mühe das

Cystoskop so weit vervollkommnete, daß dasselbe ermöglichte, die Ureteren mit Leichtigkeit zu katheterisiren, und daß er sein Uretercystoskop in den Handel brachte, während Nitze sein Instrument überhaupt nicht verkaufen ließ.

Verf. läßt hierauf eine ausführliche Beschreibung des Instruments, das er nur als „Casper'sches Uretercystoskop" bezeichnet wissen will, folgen, bei der er sehr oft Gelegenheit nimmt, auf die Vorteile desselben hinzuweisen; er referirt sodann die in der Deutschen medicinischen Wochenschrift (1895, No. 7) erschienene Originalabhandlung von Casper über den Katheterismus der Ureteren und berichtet schließlich über seine eigenen Erfahrungen, die er mit dem Casperschen Uretercystoskop gemacht hatte. Verf. kann allerdings nicht von einer allzu reichen Erfahrung sprechen, denn er hatte das Instrument nur kurze Zeit in seinem Besitz und konnte deshalb dasselbe nur in 3 Fällen, bei einem Manne und bei zwei Frauen, aus seiner Privatpraxis anwenden, bei denen er insgesamt 6 Mal die Katheterisation der beiden Ureteren ausführte. Er will sich jedoch durchaus von der Vorzüglichkeit, ganz besonders von der leichten Handhabung des Casper'schen Uretercystoskops überzeugt haben. Verf. erlebte zwar auch einen Mißerfolg, indem er bei seinem vierten Patienten mit Blasencatarrh und wahrscheinlicher einseitiger Nephrolithiasis die Oeffnungen der Ureteren nicht auffinden konnte, trotzdem er sie selbst einige Tage zuvor mit einem gewöhnlichen Cystoskop deutlich sah. Er führt dies aber auf die inzwischen stärker gewordene catarrhalische Schwellung der Schleimhaut zurück und hofft sicher, nach Beseitigung der Schwellung die Ureteren mit Erfolg katheterisiren zu können.

Wollte man die neue Methode des Ureterkatheterisirens mit den übrigen vergleichen, so käme höchstens die von Kelly gewissermassen in Betracht. Verf. meint aber, daß diese sehr wohl bei Frauen, niemals aber bei Männern eine befriedigende Katheterisation ermöglichen würde. Für die Ureterkatheterisation bei Frauen zieht Verf. auch thatsächlich die Kelly'sche Methode vor, aber nicht etwa weil sie leichter ist; denn es giebt für einen geübten Cystoskopiker nichts Leichteres, als die Handhabung des Casper'schen Uretercystoskops. Die Kelly'sche Methode hat aber den Vorzug, daß sie eine strictere Durchführung der Aseptik ermöglicht, da sämtliche Teile des Instruments sterilisirt werden können. Verf. hofft aber, daß bei einer eventuellen weiteren Vervollkommnung des Casper'schen Uretercystoskops der einzige Teil des letzteren, der nicht gekocht werden kann, und zwar das in Cement gefaßte Prisma, wird in entsprechender Weise abgeändert werden, indem die Befestigung des Prisma's auf

irgend eine andere Art stattfinden wird. Damit würde dem einzigen Uebelstande abgeholfen sein.

Mit einigen Worten über den großen diagnostischen Wert des Katheterismus der Ureteren bei bestehenden Nierenkrankheiten schließt Verf. seinen Artikel. Li.

Wölfler: **Die Einpflanzung beider Ureteren in die Flexura sigmoidea.** (Ver. deutscher Aerzte in Prag, Sitz. v. Febr. 1896. — Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 17.)

W. stellt ein 8jähriges Mädchen vor, bei welchem wegen Ectopia vesicae die Einpflanzung beider Ureteren in die Flexura sigmoidea mit dem gewünschten Erfolge ausgeführt wurde. Vor der Operation wurde der Darmtract 10 Tage lang mit Benzonaphthol (1,5 pro die) desinfiziert und außerdem noch durch hohe Irrigationen gereinigt. In den ersten 4 Tagen nach der Operation trat Fieber auf, welches mit der reactionslosen Wunde nicht in Verbindung gebracht werden konnte und vielleicht auf Resorption von Seiten des Darmes (Urin) oder der Ureteren (Darminhalt) zu beziehen war. Schon am ersten Tage wurden 350 ccm einer blutigen Flüssigkeit, am zweiten Tage 900 ccm einer fleischroten Flüssigkeit und vom dritten Tage an durchschnittlich 1200 ccm des mit Kot untermischten Harnes entleert. Die Continenz besserte sich in den letzten Wochen derart, daß das Kind nunmehr 3—6 Stunden lang den Harn im Darme behalten kann. Die Entleerung erfolgt nicht so plötzlich, daß die Kranke davon überrascht wird. W. ist der Meinung, daß die Methode der Einpflanzung der Ureteren in den Darm gegenüber den anderen Verfahren immer noch das relativ Zweckmäßigste darstellt. Sodann erörtert derselbe die bisher angewendeten Operationen und teilt sie in 2 Gruppen, von denen die eine jene Methoden umfaßt, welche die exstrophirte Blase in ein Cavum umwandeln sollen (Lappenbildungen, osteoplastische Methoden, directe Vereinigung der Blasenränder), die andere jene Methoden, welche eine Einpflanzung der Ureteren in die Bauchwunde, in das Perineum, die Penisrinne, die Scheide und endlich in den Darm bezwecken. K.

Meslay und Veau: **Zwei in die Prostata mündende hydronephrotische Ureteren in Coincidenz mit zwei gesunden, in die Blase mündenden Ureteren.** (Bullet. de la Société anatom. de Paris, März 1896.)

Die genannte, äußerst seltene Mißbildung fand sich bei einem mit Coma und linksseitiger Hemiplegie eingelieferten und im Coma verstorbenen Mann. Von den zwei in die Prostata mündenden Ureteren war der rechte von einer Muskelschicht der Prostata bedeckt, der linke mündete genau an

der oberen Grenze der Prostata. Die beiden anderen Ureteren verliefen normal und zeigten die normale Structur. Die beiden Nieren zerfielen in zwei distincte Partien, von denen die rechte untere die normale Consistenz und Farbe aufwies, die rechte obere Partie kleiner ist und in eine hydronephrotische Tasche übergeht, die sich in den hydronephrotischen Ureter fortsetzt. Die linke Niere zerfällt in einen sehr kleinen atrophischen oberen Teil und in einen unteren großen Teil von Farbe und Consistenz der normalen Niere, der sich zu einem hydropischen Sack erweitert mit Fortsetzung in den erweiterten Ureter. Ferner sind zahlreiche accessorische Arterien vorhanden, dagegen eine Vene für jedes Organ. Alle Arterienanomalien, die bis jetzt an der Niere bekannt sind, beziehen sich auf die rechte Seite. Holz.

Herb. N. Williams (Buffalo): **The bacillus aerogenes capsulatus in a case of suppurative pyelitis.** (John Hopkins Hospital Bulletin April 1896).

Bei Gelegenheit der Section der Leiche eines 47jährigen fettleibigen Mannes, der vor 31 Stunden gestorben war und dessen Organe die von Welch und Nuttall als „Schaumorgane" bezeichneten Zustände darboten, fand Verf. folgendes:

Panniculus adiposus stark entwickelt. Lungen zeigen Adhäsionen. Pericardialhöhle obliterirt, auf dem linken Ventrikel kleine Hämorrhagie. Herz vergrößert, von schwammiger Consistenz. Freier Rand der Mitralklappe verdickt. Leichte Atheromatose der Aorta. Milz groß. Leberkapsel unregelmäßig verdickt. Der Durchschnitt zeigt, daß das Organ von kleinen Höhlen von 1 mm Durchmesser durchsetzt ist, so daß dasselbe einen schwammigen Eindruck macht. Linke Niere vergrößert; Kapsel leicht abhebbar: Nierenbecken und Kelche erweitert und mit Eiter gefüllt. Rechte Niere ebenfalls vergrößert und erweicht.

Der Zustand der Leber lenkte den Verdacht auf das Vorhandensein gasbildender Bacterien. Herz, Leber und Eiter der linken Niere wurden bacteriologisch untersucht. Der Nieren-Eiter lieferte große breite Bacillen mit meist abgerundeten Enden, die von Kapseln umgeben waren; daneben fanden sich in geringerer Zahl kleinere und dünnere Barillen und kokkenförmige Körper. Die großen Bacillen hatten aber das Uebergewicht. Dieselben fanden sich in der Leber und im Herzen. Die Kulturen wuchsen in dem Buchner'schen Medium bei 36° C. sehr rasch unter reichlicher Gasentwicklung. Es fanden sich die eben beschriebenen Mikroben: die ovalen Kokken bildeten jetzt kurze Ketten.

Das Tierexperiment ergab ebenfalls Gas in der Bauchfellhöhle, Gasblasen in den Blutgefäßen und im Unterhautgewebe. Injicirte man das Blutserum (1 ccm) aus der Pleurahöhle eines solchen Tieres in die Brustmuskeln eines Meerschweines, so war schon nach 5 Stunden an der Injectionsstelle fühlbares Knistern vorhanden. Das Tier verendete nach 3 Tagen.

Dieser Bacillus stimmt sowohl morphologisch wie in seinen pathogenen Eigenschaften mit dem von Welch, Nuttall, Fränkel u. A. beschriebenen überein.

Der Bacillus aerogenes capsulatus ist in der Natur sehr verbreitet. Er kann, wie dieser Fall beweist, auf dem Wege des uropoëtischen Tractus in den menschlichen Körper eindringen. In einem Fall von Papillom der Blase und Prostataabsceßen fand man ihn in Gasblasen in der Leber und im Herzen neben Streptococcus und Bacillus coli communis.

Es scheint, daß der gaserzeugende Bacillus, da er auch häufig im Darmcanal gefunden wird, zur Niere nicht durch die Cirkulation gelangt.

Da in dem von Verf. beschriebenen Fall der Leichnam nicht auf Eis gehalten, der Tod schon vor 31 Stunden eingetreten war, so ist es möglich, daß die Phänomene, die als Processe ante mortem dargestellt worden waren, postmortaler Art waren, selbst wenn man zugeben muß, daß die Invasion der Niere schon während des Lebens stattgefunden hatte.

Mode.

XI. Niere.

Fraenkel: **Präparate eines an roter Granularatrophie der Nieren Verstorbenen.** (Aerztl. Verein in Hamburg, Sitzung vom 22. October 1895. — D. med. Wochenschr. 1896, No. 6.)

67jähriger Patient, bei dem die ersten Zeichen der Erkrankung vor 21 Jahren nachgewiesen worden waren, litt damals an störenden Congestionen zum Kopfe, die ihn veranlaßten, einen Arzt aufzusuchen, der Albuminurie feststellte. Im späteren Krankheitsverlauf traten Erscheinungen von Seiten des Respirationsapparates so sehr in den Vordergrund, daß Pat. die drei letzten Jahre seines Lebens meist in sitzender oder halb liegender Position im Stuhle zubringen mußte. F. sah den Kranken zuerst im Jahre 1885 wegen asthmatischer Beschwerden und wies damals als Grund derselben exquisites Emphysem und eine über beide Lungen verbreitete Bronchitis nach. 1889 machte Pat. eine rechtsseitige Pleuropneumonie durch, überstand später mehrfach kleine apoplectische Insulte, hatte wiederholt schmerzhafte Gichtattaquen, namentlich in den Handgelenken. F. wurde erst 1892 wieder zu dem Patienten gerufen, der damals das ausgesprochene Bild der Granularatrophie darbot (Oedeme, Herzhypertrophie, meist gesteigerte Diurese, eiweißarmer, heller Urin mit niedrigem specifischen Gewicht). Sehstörungen bestanden nicht, die Diurese betrug in den letzten Tagen 60—80 ccm pro die, wobei der Urin seine hellgelbe Farbe beibehielt. Im letzten Krankheitsjahr litt Pat. viel unter Erbrechen, das an manchen Tagen gehäuft auftrat; dabei war die Zunge rein und Pat. erfreute sich andauernd eines ausgezeich-



neten Appetites. Die Section ergab multiple apoplectische Cysten in den großen Ganglien beider Seitenventrikel, erheblichen Hydrocephalus externus et internus, rechtsseitige Pleuraobliteration mit sackigen Bronchiectasien im Unterlappen, hochgradiges Emphysem, gewaltige concentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, Adipositas cordis rechts, frische Pericarditis mit massigen Zotten an beiden Herzbeutelblättern. Rote Granularatrophie der Nieren ($9 : 4^1/_2 : 2^1/_2$). Die Oberfläche beider Nieren mit feinsten weißen Pünktchen gesprenkelt, vereinzelte weißglänzende Streifchen auf dem Durchschnitt der Marksubstanz; schiefrige Pigmentirung der verdeckten Magenschleimhaut, die nur im Pylorusteil ein annähernd normales Verhalten darbot.

Fraenkel betont, daß er das klinisch beobachtete Bild nicht mit diesem Befunde in Verbindung bringt, sondern dasselbe als durch Reizung der Magenschleimhaut Seitens der im Blute kreisenden harnfähigen Substanzen ausgelöst betrachtet. Dagegen faßt F. die schweren Respirationsstörungen nicht als urämisches Symptom auf, sondern führt dieselben auf die Alterationen der Lungen (Emphysem, Pleuraobliteration) zurück.

Aetiologisch kommen zwei Momente in Betracht, einmal habitueller Genuß schwerer alkoholischer Getränke und zweitens Gicht. Die schon klinisch (an den Radialarterien) in die Erscheinung getretene und anatomisch an einem großen Teil des arteriellen Gefäßsystems nachgewiesene Atheromatose ist mit der an den Nieren constatirten Erkrankung als coordinirt aufzufassen, hat aber secundär jedenfalls den weiteren Gang der Nierenerkrankung ungünstig beeinflußt. Schließlich erwähnt F., daß ein Sohn des Verstorbenen an cyclischer Albuminurie leidet.

Daß die Affection in diesem Falle so extrem lange[1]) vertragen wurde, ist, abgesehen von den günstigen äußeren Verhältnissen, unter denen Pat. lebte, wohl darauf zurückzuführen, daß der Herzmuskel bis zuletzt ausgezeichnet functionirte und, wie die Section lehrte, frei von degenerativen Veränderungen geblieben ist. K.

Bensaude: **Cystische Degeneration beider Nieren, die den Morbus Brightii vortäuschte.** (Bull. de la Soc. anatom. de Paris, Febr. 1896.)

B. berichtet die Krankengeschichte eines Mannes, der alle Zeichen des Morbus Brightii darbot: Blässe, Anasarca, Infiltration der serösen Häute, leichte Polyurie, Pollakiurie und Albuminurie, Magenbeschwerden und Herzgeräusche. Der Tod trat in Folge einer Pneumonie der rechten Lunge ein. Bei der Autopsie fand sich außer der Lungenkrankheit eine totale cystische Degeneration beider Nieren, sowie eine Hypertrophie des linken Ventrikels, sonst waren weder Cysten in der Leber, noch im Ureter vorhanden. Das Merkwürdige an dem Falle ist der Mangel von Schmerz in der Lenden-

[1]) Ein gleich langer Fall wurde von Oppolzer, ein weiterer, bei welchem die Krankheitsdauer sich wahrscheinlich über 30 Jahre erstreckte, von Rosenstein beobachtet.



gegend, ferner das Fehlen von Hämaturie, sowie die Existenz einer leichten Polyurie, die bis zum Tode bestand, trotzdem eine totale Destruction des Nierenparenchyms bestand. Holz.

B. Markwald (Gießen): **Ueber Geistesstörungen bei Nephritis.** (Zeitschr. f. pract. Aerzte. Aerztl. Sachverst.-Zeitung 1896, No. 10.)

Bei einem älteren Pat. mit Dilatation beider Ventrikel und Insufficienz der Mitralis und Tricuspidalis bildete sich eine Schrumpfniere heraus. Die Hauptbeschwerden bestanden zunächst in stenocardischen Anfällen, darauf kamen nach 1½ Jahren Stauungserscheinungen hinzu, seelische Depression, bisweilen mit Verwirrtheit verbunden und fortwährende Schlaflosigkeit; während dieser Zeit Entleerung geringer Harnmengen mit reichlichem Albumen. Nach Verlauf von 14 Tagen entwickelte sich plötzlich tobsüchtige Erregung, die nach weiteren vier Tagen allmählich verschwand. Hierauf zeigten sich Gedächtnisschwäche, Wahnvorstellungen und bald ein vollkommener Stupor. Nach 1½ Wochen fing das Seelenleben an, sich aufzuhellen, bei heiterer Stimmung bestand das Bestreben, sich mit allen möglichen Dingen zu beschäftigen; die geistige Leistungsfähigkeit, Anfangs noch gering, stellte sich wieder ein und sechs Wochen darauf war die Seelenstörung vorbei. Der körperliche Zustand jedoch besserte sich nicht und nach wenigen Monaten erfolgte plötzlich Exitus letalis; die Section bestätigte die Diagnose.

M. fasst die Psychose als urämische Erscheinung auf, zumal sie mit der Verminderung der Urinmenge gleichzeitig eintrat. Die Geistesstörungen bei Nierenkrankheiten gehören also zu den Autointoxicationspsychosen. Bei der geringen Zahl der bisher veröffentlichten Fälle handelt es sich oft um wilde Delirien mit Verfolgungswahn kurz vor dem Tode. K.

Lyonnais: **Traitement de la lithiase rénale.** (La Médecine moderne 1896, No. 35.)

Die Ausführungen sind deshalb bemerkenswert, weil sie die uns in Deutschland immer fremder werdende Auffassung von der Identität der Aetiologie der Nierensteinaffection und der Gicht noch auf's Schärfste zum Ausdruck bringen: „Beide Krankheiten sind durch dieselben Ursachen bedingt, und alle Gichtiker sind nierensteinkrank. Die therapeutischen Indicationen sind dabei bei beiden Affectionen die gleichen: 1) Verminderung der Acidität des Organismus und des Urins durch Ausschluß von Harnsäurebildnern aus der Nahrung und 2) möglichste Beseitigung der Harnsäure-Ablagerungen durch Erhöhung der Lösungsfähigkeit des Harns oder durch Steigerung der Diurese.“ Bei Erörterung der Einzelheiten dieser Therapie empfiehlt L. besonders tägliche Körperübungen (die Klemperer z. B. bei Nephrolithiasis im Gegensatz zur Gicht eingeschränkt wissen will, da sie die Harnsäureproduction steigern — Ref.) und sorgfältigste Hautpflege — Waschungen, Abreibungen, Massage, Bäder. Endlich hält der Verf. die bei der Gicht geradezu specifisch wirkenden — weil angeblich die Acidität des Harns und die die Harnsäure im Organismus verminderu-

den — Colchicumpräparate, besonders in der Form des Liqueur de Laville, auch bei Nierensteinen für durchaus wirksam und empfiehlt neben alkalischen und diuretischen Medicamenten täglich 20 Tropfen des Liqueur de Laville 8—10 Tage lang in jedem Monat nehmen zu lassen.

K.

Fenwick: **Ueber Nierensteinschmerzen.** Nach einem Vortrag in der Londoner medicinischen Gesellschaft. (The British Medical Journal 1896, Februar.)

Dem wichtigsten subjectiven Symptom der Nierensteinkrankheit, den Schmerzen, ist nach F. eine nicht zu unterschätzende differenzial-diagnostische Bedeutung beizumessen, und zwar insofern, als der wechselnde Charakter dieser Schmerzen es ermöglicht, die nähere Localisation des Nierensteins mit ziemlicher Sicherheit anzugeben. F. unterscheidet in Bezug auf die Localisation dreierlei Nierensteine: 1. Steine, die frei im Nierenbecken liegen; 2) Steine, die unter der Kapsel in der Rindensubstanz liegen; 3) Steine, die in die Markssubstanz eingekeilt sind. Er behauptet nun, daß jede dieser Nierensteinarten sich verschieden in Bezug auf die Erzeugung von Schmerzen verhält. So verursachen gewöhnlich die Nierenbeckensteine typische Koliken, nach verschiedenen Richtungen ausstrahlende Schmerzen, bisweilen auch Blasenkrämpfe. Die in der Rindensubstanz liegenden Steine verursachen dagegen weder Koliken, noch ausstrahlende Schmerzen und Reizung der Harnblase, wohl aber heftige Schmerzen an einer bestimmten Stelle. Die in der Marksubstanz liegenden Steine werden von Schmerzanfällen gemischten Characters begleitet; sie zeichnen sich noch besonders dadurch aus, daß der Patient sehr oft nur auf der kranken Seite schlafen kann und beim Versuch, sich auf die gesunde Seite zu legen, heftige Schmerzen in der Niere empfindet.

F. hebt ferner hervor, daß zur Bestimmung der Localisation der Nierensteine auch die Urinbeschaffenheit viel beitragen kann: bei der ersten Nierensteinart zeigen sich die ersten Eiterspuren im Harn bereits im ersten Jahre der Erkrankung; bei der zweiten Nierensteinart können bisweilen 20 und sogar mehr Jahre vergehen, ohne daß der Harn in irgend welcher Weise alterirt wird. Bei der dritten Nierensteinart finden sich im Harn mikroskopische Spuren von Eiter oder Blut.

Lubowski.

A. Malthe (Christiania): **Nierenmangel und Hydronephrose.** (Forhandlinger i med. selskab, 23. October 1895. Centralbl. für Chir. 1896, No. 27.)

Bei einem 20jährigen Mädchen, von dem M. ein Präparat demonstrirte, wurde s. Z. eine Pancreascyste als wahrscheinlich diagnosticirt und operirt.

Bald jedoch zeigte es sich, daß die Cyste eine Hydronephrose der linken Niere war und daß die rechte Niere nicht functionirte. Durch die Urethra kam nämlich kein Urin. Alles ging durch die Drainage ab: nach drei Wochen stellte sich Pyelitis und das gewöhnliche Bild der multipl. Nierenabscesse, schliesslich Urämie und Exit. let. ein.

Von Bedeutung für den unglücklichen Ausgang war — wie das Präparat zeigte — angeborener Mangel der rechten Niere, von der nur einige haselnußgroße Blasen, wie Nierenlobi geordnet, existirten. K.

Lapointe: **Rechtsseitige Hydronephrose. Transperitoneale Nephrectomie. Heilung.** (Bull. de la Soc. anatom. de Paris, Mai 1896.)

Es handelt sich um ein 23jähriges Mädchen, das seit sieben Jahren bemerkte, daß ihr Bauch sich vergrößerte, ohne daß Bauchschmerz oder Störung beim Urinlassen vorhanden war. Auch war der Harn im Krankenhause vor der Operation stets klar ohne irgend einen pathologischen Bestandteil. Der Allgemeinzustand war vortrefflich, die Ursache der Consultation Seitens der Pat. bestand in der Vergrößerung des Bauches, so daß die Annahme der Schwangerschaft bestand. Die rechte Lumbalseite war von einer Masse, die ballotirte und fluctuirte, bis über die Medianlinie hinaus erfüllt. Die Vaginaluntersuchung ergab einen normalen Uterus. Es bestanden also alle physikalischen Zeichen einer Hydronephrose, während alle functionellen fehlten. Die Operation ergab eine Geschwulst, die 30 cm lang und 17 cm breit war, Vorsprünge und eine gleichmäßige Ausdehnung der oberen und unteren Hälfte der Niere zeigte. Die Incision zur transperitonealen Nephrectomie, die Segond ausführte, fand in der Medianlinie statt. Holz.

Viertel: **Fall von intermittirender Hydronephrose.** (Med. Section d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur. — Centralbl. f. Chir. 1896, No. 9.)

Der 21jährige Kranke bemerkt seit seinem sechsten Lebensjahre in ca. vierwöchentlichen Zwischenpausen zunächst das schnelle Auftreten einer mannsfaustgroßen, prallen Geschwulst in der Unterbauchgegend etwas links von der Mittellinie, dem am nächsten Tage heftige, kolikartige Leibschmerzen folgen, die, von copiösem Erbrechen begleitet, sich zu fast unerträglicher Höhe steigern, um nach 24 bis 36 Stunden wieder nachzulassen. Zugleich fällt alsdann unter sehr reichlicher Urinentleerung die Geschwulst ab. Transperitoneale Incision beim Eintritt eines Anfalles. Es entleerte sich eine große Menge klarer, neutral reagirender, farb- und geruchloser Flüssigkeit von 1005 spec. Gewicht, die keinen Harnstoff enthielt. Der durch die Wunde in den Sack geführte Finger geriet in eine durch vorspringende Septa mit vielen Buchten ausgestattete Höhlung. Zwischen letzten Lenden- und ersten Kreuzbeinwirbel erreichte man mit der äußersten Fingerkuppe eine spornartige Falte. Nach dem Befunde mußte man an-

nehmen, daß sich die intermittirende Hydronephrose hier auf dem Boden einer angeborenen Dystopie der linken Niere (mit entsprechend kürzerem Harnleiter?) entwickelt hatte. Da durch die Unwegsamkeit des linken Harnleiters eine retrograde Erweiterung desselben von der Blase aus ausgeschlossen, Pat. auch mit seinem jetzigen Zustande — er trägt einen Recipienten und hat nie wieder einen Anfall gehabt — sehr zufrieden ist, so ist Weiteres zunächst abzuwarten. — In einem ähnlichen Falle würde Verf. — aseptischen Inhalt der Cyste vorausgesetzt — von einer Laparotomie aus eine breite Anastomose zwischen dem unteren Pole der Geschwulst und dem Scheitel der Blase anlegen und so den Harnleiter dauernd ausschalten (Nephrocystanastomosis). K.

Butz: **Zur Frage der operativen Behandlung der Hydronephrosis.** (Ljetopis russkoi Chirurgii 1896, Heft 1.)

Die Frage der chirurgischen Behandlung der Hydronephrosis konnte wegen der bis jetzt noch sehr spärlichen Casuistik zu keiner Entscheidung gelangen. In der gesamten, ihm zugänglichen Litteratur fand Verf. nur 11 Fälle von Nephrectomie bei Hydronephrosis, zu denen nun jetzt der Fall des Verf.'s selbst als der zwölfte hinzukommt. Verf., glaubt folgende Schlüsse bezüglich der operativen Behandlung der Hydronephrosis ziehen zu können:

1) Bei allmählich zunehmender Hydronephrosis ist, wenn die zweite Niere gesund ist, Nephrectomie indicirt.

2) Die transperitoneale Operationsmethode ist dabei vorzuziehen.

3) In den Fällen, in denen es bereits zu umfangreichen Verwachsungen der Niere mit den umgebenden Geweben gekommen ist, in denen der Zustand der zweiten Niere zweifelhaft ist und der größte Teil der erkrankten Niere noch functionirt, ist dagegen nur die Nephrotomie vorzunehmen.

4) Die Nephrotomie muß durch Lumbalschnitt ausgeführt werden.

5) In zweifelhaften Fällen ist zur sicheren Feststellung der Diagnose eine Probelaparotomie gestattet.

6) Der retroperitoneale Raum wird am besten bei dem Lumbalschnitt mittelst Gazestreifen drainirt; die Wunde der vorderen Bauchwand muß dabei hermetisch geschlossen werden. Das durchschnittene hintere Blatt des Peritoneums muß möglichst genäht werden. Li.

Mohr: **Pyonephrose.** (Aerztl. Ver. z. Hamburg, Sitz. v. 24. März 1896. — Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 13.)

M. demonstrirt eine exstirpirte Pyonephrose. Vorher war versucht worden, durch Anlegen einer Witzel'schen Schrägfistel den Eitersack zum Verschluß zu bringen. Doch war die im Mittel 600 ccm p. die betragende Secretion so lästig, daß die Totalexstirpation der erkrankten Niere vorgenommen wurde, nachdem durch quantitative Harnstoff- und Harnsäurebestimmung der Nachweis geliefert war, daß die andere Niere vicariirend eingetreten war. K.

Gorsse: **Hydatidencysten der Pleura und Niere.** (Bull. de la Soc. anatom. de Paris, Mai 1896.)

G. teilt eine Beobachtung mit, die eine 19jährige Frau mit Hydatidencysten der Pleura und Niere betrifft. Die Hydatidencyste der Pleura, die eine Capacität von 2½ l hatte, flottirte in der rechten Pleuraseite und enthielt etwa 12 Hydatidencysten mit seröser Flüssigkeit ohne Eiter gefüllt. Die andere Cyste, die auf der oberen Partie der rechten Niere saß und die Größe eines großen Apfels hatte, enthielt Eiter und communicirte durch das Diaphragma und die Basis der atelectatischen Lunge mit dem rechten unteren Bronchus mittelst eines Canales vom Caliber eines Frankenstückes. Diese Communication war die Ursache eines einzigen sehr intensiven Brechanfalles gewesen, der drei Wochen vor dem Tode stattgefunden und sich nicht erneuert hatte; im Uebrigen hatte Pat. niemals Störungen in der Urinabsonderung erkennen lassen. Holz.

Vitrac: **Zwei Fälle von Nephrectomie von polycystischen Nieren mit Heilung.** (Congrès de Carthage 1.—7. April 1896 und La médec. moderne 1896, No. 30.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine 35jährige Frau mit allgemeiner Enteroptose und zwei beweglichen Nieren, von denen die rechte einen Tumor bildete. Die Symptome des Leidens bestanden in Albuminurie, intermittirender Hydronephrose und heftigen, anfallsweise seit fünf Jahren auftretenden Schmerzen. Keine Zeichen von Morbus Brightii. Nach der Nephrectomie, die wegen der Hydronephrose und der Unmöglichkeit der Fixation der Niere vorgenommen wurde, fand man in der Niere einen großen Stein, ferner zahlreiche, in drei Varietäten vorhandene Cysten. Der Urin wurde in normaler Menge und Qualität gelassen. Im zweiten Falle traten besonders die Schmerzen unter den Symptomen hervor. V. kommt zu folgendem Resumé: Die Nephrectomie bei cystischer Niere ist indicirt 1) wenn die polycystische Niere die Behandlung eines gleichzeitigen Leidens hindert und Hydronephrose vorhanden ist; 2) wenn die polycystische Niere mit heftigen Schmerzen, Eiterung der Cysten, persistenter Hämaturie complicirt ist. Contraindicirt ist die Nephrectomie 1) wenn die Affection doppelseitig ist; 2) wenn die Symptome des Morbus Brightii bestehen.

Holz.

Treuberg: **Ueber Nierenechinococcus.** (Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. — St. Petersb. med. Wochenschrift 1896.)

Der 21jährige kräftige Matrose klagte über Schmerzen und Anschwellung in der rechten Brusthälfte, die circa vor einem Jahre aufgetreten sein sollen. Bei der Untersuchung wurde eine faustgroße, harte Geschwulst mit glatter Oberfläche im rechten Hypochondrium constatirt, die deutlich ballotirte und von der rechten Niere durch eine tympanitische Zone getrennt war. Allmählich nahm die Geschwulst an Größe zu, im Harn zeigten

sich zeitweise geringe Mengen Eiweiss, zwei Mal trat starke Hämaturie auf, die Probepunction blieb resultatlos. Nach einem halben Jahre war die Geschwulst mannskopfgross, verursachte heftige Schmerzen und durch Druck auf das Colon Obstipation. Die Oberfläche war wie früher glatt, die Consistenz hart. Verf. schritt nun zur Operation (Querschnitt nach Péan), bei der ein großer, von der rechten Niere ausgehender Echinococcussack gefunden wurde. Derselbe wurde in die äußere Wunde eingenäht und eröffnet. Heilung nach $2^1/_2$ Monaten. Auf Grund dieser Erfahrung möchte Verf. die Echinococcotomie bei Nierenechinococcus empfehlen. Li.

Bittner: **Exstirpation eines Nierensarkoms.** (Ver. deutsch. Aerzte in Prag, Sitz. v. 28. Febr. 1896. — Wien. klin. Woch. 1896, No. 17.)

Bei einem 4jährigen Knaben wurde ein großes Sarkom der linken Niere exstirpirt. Der Operationsverlauf ist dadurch interessant, daß ein 15 cm langes Stück des Colon descendens von seinem Mesenterium entblößt werden mußte, ohne daß Gangrän des Darmes auftrat. Glatte Heilung.

B. weist demgegenüber auf die traurige endgiltige Prognose der operirten Fälle hin, von denen auch nach früher Operation wenige von Recidiven verschont bleiben. Von 88 Fällen der Litteratur, einschließlich der eigenen, sind nur 3 recidivfrei geblieben. K.

Fuller: **Secundäre Nephrectomie nach Nephrotomie.** (N.-Y. Academy of Medicine, Genito-Urinary Section, Sitzung v. 22. Febr. 1896. — Med. Record, 22. Februar 1896.)

Fuller berichtet über einen Fall von secundärer Nephrectomie nach Nephrotomie. Israel hat empfohlen, zur Erleichterung der Nierenexstirpation zuerst den Sack anzustechen und das Nierenbecken zu drainiren, worauf die Niere sich so verkleinert, daß sie durch die kleine primäre Incisionswunde entfernt werden kann. In dem Falle von F. ließ er den Eiter ab, entfernte einen kleinen Stein aus dem Nierenbecken und inserirte zwei Drainageröhren. Nach zwei Wochen wurde die Niere exstirpirt. Sie zeigte $^3/_4$ der normalen Größe und konnte durch die primäre Incisionswunde in 14 Minuten entfernt werden, obgleich frische Adhäsionen einige Schwierigkeiten verursachten. Es trat vollständige Genesung ein. Lw.

Paul Wagner (Leipzig): **Die Grenzen der Nierenexstirpation.** (Chirurg. Beitr. Festschr. z. 70. Geburtstage von Benno Schmidt. Leipzig 1896. — Referat der Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 23.)

Eine in ihren Functionen gesunde Niere soll überhaupt nicht, eine kranke nur dann geopfert werden, wenn die Art der Erkrankung die Fortnahme des ganzen Organs erfordert. Nierenerkrankungen, die sicher durch schonendere Eingriffe geheilt werden können, geben keine Indication zur Nephrectomie. Dieselbe kann als primärer und secundärer Eingriff vorgenommen werden. Der erstere ist angezeigt bei den von der Niere oder der

Nierenkapsel ausgehenden malignen Geschwulstbildungen und bei der Nierentuberculose, ferner bei Niereneiterung, wenn das ganze Organ von größeren und kleineren Abscesshöhlen durchsetzt ist, und schließlich bei den Fällen schwerster Nierenzerreißung mit anhaltender starker Blutung. Als secundäre Operation kommt die Nephrectomie in Betracht bei Pyonephrose und Hydronephrose, falls nach der Nephrotomie eine den Kranken sehr belästigende urinöse oder eine eiternde Fistel zurückgeblieben ist. K.

W. Meyer (New-York): **Early diagnosis of tubercular Kidney.** (Medical Record, Mai 1896.)

Wenn es sich um ursprünglich einseitige tuberculöse Nierenerkrankung handelte, so betraf das meist das linke Organ. Bis zum Zerfall der Tuberkel war außer vielleicht Polyurie kein auffälliges Symptom zu beobachten. Es mußten häufig wiederholte mikroskopische Untersuchungen angestellt werden, ehe es gelang, Tuberkelbacillen zu finden.

Impfungsversuche und Tuberculininjection ergaben sogar negative Resultate trotz sicheren Bestehens einer Nierentuberculose. Beim Weibe war es am besten, nach Kelly die Ureteren zu katheterisiren. Casper's Ureteroskop erwies sich sowohl beim Manne als beim Weibe als anwendbar. Wurde die sichere Diagnose: einseitige primäre Nierentuberculose gestellt, so wurde das Organ entfernt, da ja sonst wahrscheinlich auch die übrigen Organe erkrankt wären. Mode.

Müller: **Nephrectomie bei Nierentuberculose.** (Hospitals-Tidende III, 18.)

35jähriger Mann, der als Kind eine Knochenerkrankung an der rechten Hüfte erlitten hatte, hat seit drei Jahren Urinbeschwerden, ab und zu Eiter im Urin; es besteht Fieber und Pat. ist etwas abgemagert; im Bodensatz des Urins sind Tuberkelbacillen gefunden worden. Bei der Untersuchung fand sich in der rechten Lumbalgegend ein elastischer Tumor, der fast bis zur Spina ilei reichte; in beiden Nebenhoden und in der Prostata kleine Knoten; Untersuchung mit der Steinsonde ergiebt eine irritable Blase, keinen Stein. Es wird die Pyelotomie gemacht, Schnitt parallel und 2 cm unter der rechten 12. Rippe; dabei fließen 300 ccm eines dicken, klumpigen Eiters aus, Drain wird eingelegt. Temperatur hält sich hoch, nur wenig Urin kommt aus der Fistel; der vor der Operation eiterhaltige Urin wird klar, Harnstoffmenge 20—25 g pro die. Einen Monat später wird die Nephrectomie gemacht, indem die alte Wunde nach unten dilatirt und die Niere ausgeschält wird, der Stiel wird doppelt mit Silk unterbunden und die Wunde drainirt. Guter Verlauf, Pat. nimmt an Körpergewicht zu und befindet sich ein halbes Jahr nach der Operation wohl; es besteht eine Fistelöffnung, davon herrührend, daß eine Naht sich nicht entfernen ließ. Die exstirpirte Niere war in hohem Grade tuberculös verändert, und im Gewebe konnten Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

In der Epikrise giebt Verf. eine kurze Uebersicht über die Sympto-

matologie. Diagnose und Behandlung der tuberculösen Niere. Wichtig bei der Entscheidung eines operativen Eingriffs ist die Bestimmung der Harnstoffmenge der gesund angenommenen Niere. In dem vorliegenden Falle war der Operationsplan gegeben, indem es zum Teil aus vitalen Interessen nötig war, so schnell wie möglich die Pyelonephrose zu öffnen; dabei zeigte sich, daß der Urin klar war und eine genügende Menge Harnstoff enthielt, weshalb eine Nephrectomie sehr indicirt war, da die Symptome nicht schwanden. Aus der Krankengeschichte ist auch ersichtlich, daß eine so eingreifende Operation am Platze war, obwohl Tuberculose auch anderwärts bestand, hier in den Nebenhoden und der Prostata; die Knotenbildung an den genannten Stellen hat sich nicht geändert, trotzdem befindet sich der Pat. ganz wohl. Der Grund dafür, daß die Wunde sich noch nicht geschlossen hat, beruht nach Ansicht des Verfassers darauf, daß er die Enden der Ligatur zu lang ließ, da er nicht annahm, daß sie hier einheilen würden, wo die Umgebung durch Eiter inficirt war; er wollte deshalb einen leichten Zugang haben, die Nähte zu entfernen, wenn sie durchschnitten waren; die eine Ligatur ist entfernt, die andere konnte bis jetzt noch nicht entfernt werden. Joachim.

XII. Nebenniere.

Boinet: **Addison'sche Krankheit bei Ratten experimentell hervorgerufen.** (Soc. d. Biologie nach Sem. méd. 1896, No. 8.)

Nach Erkrankung der Nebenniere pflegt sich bekanntlich schwarzes Pigment im Blut und selbst in manchen Organen und Geweben anzuhäufen. Solche Befunde sind von B. auch bei Ratten beobachtet worden, denen er die Nebennieren verletzte. Er experimentirte mit 109 Ratten, denen die beiden Nebennieren weggenommen, mit 20, denen diese unterbunden wurden, mit einer dritten Versuchsreihe, bei der er die Nebennieren mit Jodtinctur, Höllenstein, Eisenchlorid, Chlorzink u. dgl. oberflächlich und tief ätzte. Das schwarze Pigment, das sich in Haut, Schleimhaut und Organen von an Addison'scher Krankheit gestorbenen Personen findet, fand sich im Blut von 75 pCt. der Versuchstiere. Bei einer gewissen Zahl von Ratten, denen beide Nebennieren entfernt oder mehrere Monate vorher geätzt waren, fand sich das Pigment aber außerdem reichlich im Unterhautzellgewebe, in der Narbe, in den lumbalen und mesenterischen Lymphdrüsen, im Bauchfell, Mesenterium, in der Nierenkapsel, in der Milz, Lunge, Knochenmark, Muskeln etc. Mitunter verband sich damit eine deutliche Muskelparese. Der Muskelextract dieser Tiere, deren Blut viel Pigment enthielt, übte eine sehr giftige Wirkung aus, besonders auf Ratten, die der Nebennieren beraubt waren. Hz.

XIII. Technisches.

Ljanz: **Eine neue Urethralspritze.** (Medicinskoe Obosrenie 1896. No. 9.)

Die vom Verf. construirte Spritze besteht aus einem Glascylinder, der mit einem Gummiball verbunden ist; das freie Ende des Cylinders läuft spitz zu und dient zur Einführung in das Orificium externum urethrae. Bei der Ausführung der Injection verfährt man so, daß der Gummiball zur inneren Handfläche gekehrt ist, der Zeige- und Mittelfinger gabelartig den Halsteil des Balles an seiner Communicationsstelle mit dem Glascylinder umfassen und der Daumen auf dem flachen Teil des Gummiballes liegt; letzterer muß stets nach oben gerichtet sein, um das Zurückfließen der Flüssigkeit aus dem Glascylinder zu verhindern. Indem man nun das spitz zulaufende Ende des Cylinders in das Orificium ext. urethrae einführt und mit der anderen Hand die Glans penis um dasselbe fixirt, drückt man mit dem Daumen auf den flachen Teil des Gummiballes, wodurch die Flüssigkeit leicht und regelmäßig in die Urethra getrieben wird. Als Vorzüge seiner Spritze hebt Verf. deren einfache Construction, sowie leichte Handhabung und Reinigung hervor.

Um die Spritze auch für tiefere Injectionen brauchbar zu machen, wird sie mit einem Capillarkatheter aus Glas verbunden. Li.

Willy Sachs (Mühlhausen i. E.): **Ein neues Harnblasenphantom.** (Archiv f. klin. Chir., Bd. 52, H. 1.)

Das von Nitze angegebene Blasenphantom, welches bei Hartwich (Berlin) in zwei verschiedenen Formen hergestellt wird, dient ausschließlich der Einübung der Cystoskopie. Ein Phantom, das weiterer Anwendung fähig sein sollte, müßte den natürlichen Verhältnissen in Bezug auf Form und Weichheit des Materials in höherem Grade Rechnung tragen. S. beschreibt nun ein Phantom, welches dem dreifachen Zwecke der Demonstration, der Einübung gewisser Untersuchungsmethoden, sowie der Einübung einiger Operationen dienen soll. Inwieweit es diesen Anforderungen gerecht wird, wird an der Hand mehrerer Abbildungen auseinandergesetzt. Zum Schlusse erwähnt Verf. das inzwischen von Wossidlo in der „Berl. med. Ges.“ (Sitz. v. 13. Nov. 1895) demonstrirte Phantom, wodurch er veranlaßt worden sei, sein bereits Ende October 1895 in das Kais. Patentamt geschicktes Modell jetzt zu beschreiben, bevor noch das Patentamt sein Urteil abgegeben hat. K.

Bibliographie.

Die mit * bezeichneten Arbeiten sind in dem vorliegenden Jahrgang der Zeitschrift besprochen.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Albarran, J. et Morny: Recherches sur la sérothérapie urinaire. Compt. rend. de l'academ. des sciences, Paris. Tome CXXII, 1896, No. 18. S. 1022—1024.

Albarran, J. et Morny: Recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire. Annales des maladies des organes génito-urin. Année XIV. 1896, No. 5, S. 385—388.

Albarran, J. et Basszet, S.: Note sur la bactériologie des abcès urineux. Annales des maladies des organes génito-urin. Année XIV. 1896, No. 5, S. 388—398.

Ambrosius, Walter: Die Verletzungen der männlichen Harnwege vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, Folge III, Band XII, 1896, Heft 1, S. 1—43.

Briddon, Charles K.: Surgery of the genitourinary System. Report of the Presbyterian Hospital of New York, Vol. I, 1896, S. 1.

Brouardel, Georges: Eléphantiasis des organes génitaux externes consécutifs à l'ablation des ganglions inguinaux. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896, No. 6, S. 683—684.

Cantrell, J. Abbott: Pruritus of the male Genitals. Philadelphia Policlinic. Vol. V, 1896, No. 17, S. 163.

*Casper, Leopold: Die frühe und exacte Diagnostik der Tuberculose des Harntractus. Berliner medic. Wochenschrift. Jahrg. XXXIII, 1896, No. 17, S. 369—370.

Drenske, Georg: Die Harnsecretion während der Narcose. Chirurgische Klinik, Kiel 1896, 8°, 21 S. Inaug.-Dissert.

Figueira, Fernandes: An Essay on clinical Urology in Infancy and Childhood. A Chapter from an unpublished Book on Diagnosis in Children. The Lancet 1896, Vol. II. No. XI-3811, S. 736—742.

Formation de l'acide urique dans l'organisme et traitement diététique de la lithiase urique. L'Union médicale, Année 51, 1896, No. 1, S. 1—6.

*Foss: Die Desinfection der Harnwege durch inneren Gebrauch von Enterol. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexual-Organe. Bd. VII. 1896, Heft 5, S. 263—267.

Frenkel: Contribution à l'étude de l'urologie clinique des cataractes. Lyon médic. 1896, Avril.

Fürbringer: Krankheiten der Harnorgane (ausschließlich der chirurgischen und venerischen). Jahrbuch für practische Aerzte, Jahrgang 1896, S. 211–238.

Gardemin, Ernst: Ein Beitrag zur Geschichte des Katheterismus, anschließend an die Entfernung eines Katheterfragments an der Blase durch Sectio alta. Berlin 1896, 8°, 22 S. Inaug.-Dissert.

*Görl: Ueber Eucain in der dermatologisch-urologischen Praxis. Therapeutische Monatshefte, Jahrg. X, 1896, Heft 7, S. 378–379.

Guisy, Barthélemy: Etude sur les difformités congénitales et les affections des organes génito-urinaires de deux sexes chez l'homme comme cause des troubles des facultés intellectuelles ou de la folie dite sympathique. Le Progrès médical, Série III, Tome III, 1896, No. 24, S. 371–373.

Hallé, Noël: Leucoplasies et cancroides dans l'appareil urinaire. Annales des maladies génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 65, S. 581–530.

Hallé, Noël: Leucoplasies et cancroides dans l'appareil urinaire. Travail du laboratoire d'histologie et de bactériologie. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 75, S. 571–623, avec 2 planches.

Hallé, Noël: Leucoplasies et cancroides dans l'appareil urinaire. Comptes rendus de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 19, S. 543–545.

Hermann, F.: Urogenitalcysten. Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Bd. 4, 1896, S. 110–143. Nachtrag S. 499–501.

Hochheim, Wilhelm: Ein Beitrag zur Anatomie der Mißbildungen am Urogenitalapparat. Aus der pathol.-anatom. Anstalt des städt. Krankenhauses am Friedrichshain. Archiv für pathologische Anatomie, Band 195, 1896, Heft 1, S. 180 bis 188.

v. Jaksch, Rudolf: Diagnostik innerer Krankheiten mittelst bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. 4. Aufl., 150 Illustrat., Hälfte 2. Wien 1896. Urban u. Schwarzenberg, 8°, XXVIII, S. 305–568.

Jahresbericht über die Fortschritte der Tier-Chemie oder der physiologischen und pathologischen Chemie. Bd. 24 über 1894. Herausg. u. redig. von M. v. Nencki und Rud. Andreasch, Wiesbaden 1896, J. F. Bergmann. 8°, V, 911 S.

Jores, L.: Harn- und männliche Geschlechtsorgane. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere. Von O. Lubarsch und R. Ostertag. Abt. III, 1896, S. 362–384.

Keibel, F.: Zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Urogenitalapparates. Mit 5 Taf. Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Jahrgang 1896, Heft 1 u. 2, S. 55–156.

*Kelly, Howard A.: Some recent important advances in the Diagnosis and Treatment of urinary Diseases in Women. Pittsburgh medical Review 1896, No. 1.

*Kelly, Howard A.: Meine Arbeit über die Krankheiten der weiblichen Harnorgane. Antwort auf Mitteilungen von W. Rubeska. Centralbl. für Gynäkol. Jahrg. XX, 1896, No. 15. S. 489–498. Mit Abbildungen.

*Kornfeld, Ferdinand: Ueber die Wechselbeziehungen der Krankheiten der Harnwege zu denen anderer Organe und des Gesamtorganismus. Wiener medicinische Wochenschrift, Jahrg. 46, 1896, No. 10, S. 402–406, No. 11, S. 494–498, No. 12, S. 487–490.

Lavaux, J. M.: Manuel de pathologie des voies urinaires. Tome III. Maladies de la vessie. 2. partie. Maladies des voies urinaires supérieures. 1. partie. Paris 1896, Aboccoz.

Leidie, G.: Recherches cliniques sur les urines purulentes. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Année XIV, 1896, No. 75. S. 650–664.

*Le Noir, P.: Note sur un cas d'infection urinaire mixte; présence du bacille pyocyanique dans l'urine humaine. Comptes rendus hebdomadaires de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 2, S. 71—72.

Lipowski, J.: Die Grawitz'sche Eiterungstheorie in ihrer Bedeutung für die Aetiologie der Abscesse in den Harnwegen. Berlin 1896, 8°, 36 S. Inaug.-Dissert.

Lipowski, J.: Pathologie und Therapie der Harnabscesse. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 52, 1896, Heft 3, S. 626—700.

Lipowski, J.: Pathologie und Therapie der Harnabscesse. Fortsetz. Archiv für klinische Chirurgie, Band 52, 1896, Heft 4, Seite 777 bis 849.

Lipowski, J.: Pathologie und Therapie der Harnabscesse. Schluß. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 53, 1896, Heft 1, S. 104—178.

*Madelung: Vorstellung eines Kindes männlichen Geschlechts mit seltener Mißbildung der Harn- und Geschlechtsorgane. Deutsche med. Wochenschrift, Vereinsbeilage 5, Jahrgang 22, 1896, No. 8, S. 35.

Manley, Thomas H.: The Diagnosis of liquid or semiliquid Formations in the inguino scrotal Region. The Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 7, Whole No. 166, S. 254—263.

Marc: Allgemeine Vorschriften für den Gebrauch der Wildunger Kur mit specieller Berücksichtigung der dabei zu haltenden Diät. 2. Aufl. Wildungen 1896. Pusch. 8°, 31 S.

Martin, Claudius Henry: President. Address before the tenth annual Meeting of the American Association of genito-urinary Surgeons. Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 7, Whole No. 166, S 249—254.

Meyer, Wilhelm: Die Frühdiagnose der descendirenden Tuberculose des uropoetischen Systems. New-Yorker medicinische Wochenschrift, Jahrgang IX. 1896, No. 6, 120 S.

*Motz, B.: Note sur un cas d'infection urinaire par le bacille pyocyanique. Comptes rendus hebdomadaires de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 4, Seite 128 bis 129.

Nussbaum, M.: Eine Methode zur Erläuterung der Lage der Harn- und Geschlechtswerkzeuge beim Mann. Anatomischer Anzeiger, Band XI, 1896, No. 21, Seite 651 bis 653.

Posner, C.: Diagnostik der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen zur Einführung in die Pathologie der Harnwege. 2. verb. Aufl. Mit 44 Abb. und einem symptomatologischen Anhang. Berlin 1896, August Hirschwald, 8°, XII, 166 S.

Posner, C. und Lewin, Arthur: Untersuchungen über die Infection der Harnwege. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Band VII, 1896, Heft 7, S. 406—435. Schluß folgt.

Pseudohermaphroditismus. Kryptorchismus sinister. Hypospadias. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrgang III. 1894-1896, S. 1050.

Raake, Karl: Ein Beitrag zur Lehre vom Hermaphroditismus spurius masculinus internus. Würzburg 1896. 8°, 41 S. u. Taf Inaug.-Dissert.

*Rubeska, W.: Howard A. Kelly und seine Erfindungen auf dem Gebiete der Harnkrankheiten. Centralblatt für Gynäkologie, Jahrgang XX, 1896, No. 4, S. 92—97.

*Rubeska, W.: A Criticism of Howard A. Kelly and his Discoveries in the Domain of urinary Diseases. American Journal of Obstetrics 1896, March.

Scherk, Karl: Die functionelle Beziehung der Schilddrüse zu den Geschlechtsorganen. Aerztliche Rundschau. Jahrgang VI, 1896, No. 3, S. 33—35.

*Schuster: Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System. Vortr. auf d. XVII. Balneologencongreß in Berlin. Deutsche Medicinal-Zeitung, Jahrg. XVII, 1896, No. 52, S. 563— 565.

*Schuster: Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System. Vortr. auf d. XVII. Balneologencongreß zu Berlin. St. Petersburger medic. Wochenschr., Jahrgang XXI, 1896, Neue Folge, Jahrgang XIII, No. 10, S. 139—142.

Shattock, Jaumal G.: A male Foetus showing reptilian Characters in the sexual Ducts. Transactions of the pathological Society of London. Vol. XLVI, 1895:1896, S. 248.

Sinkler, Wharton: Suppression of Urine of long Standing without Symptoms of Uremia. Universal medical Magazine, Vol. VIII, 1896. No. 9. S. 667.

Swisser: Des troubles digestives chez les urinaires. Presse médicale. Année XLVII, 1896, No. 24.

Thimm, Paul: Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik. Leipzig 1896. Georg Thieme. 8⁰. X. 279 S.

Walravens, Alfred: Le nerf vague possède-t-il une action sur la sécrétion urinaire? Archives italiennes de biologie. Tome XXV. 1896, Fsc. 2, S. 169—188.

II. Harn- und Stoffwechsel.

Abbott, W. Diabetes, Enuresis etc. London 1896. Gavoy Press. 8⁰.

Appenzeller, G. Vorübergehende Myopie bei Diabetes mellitus. Centralblatt für Augenheilkunde, Jahrgang XX, 1896, No. 5, S. 139—140.

Arnaud, François: Valeur clinique des divers procédés de recherche de l'albumine urinaire. Marseille médical 1896, 21. H.

Baginsky, Adolf und Sommerfeld, Paul: Zur Kenntnis der Ausscheidung von Alloxurkörpern bei Erkrankungen des kindlichen Alters. Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. XXI, 1896, Heft 5/6, S. 412—422.

Bang, Ivar: Nogle bemaerkningar om brödet i diaeten ved Diabetes mellitus. Norsk Magazin for laegevidenskaben et orig. 57, 1896. No. 6, S. 603—612.

Bell, W. B.: Diabetes mellitus in early Infancy. Edinburgh medical Journal 1896, No. 488. S. 709—710.

Benedict, A. L.: Diabetes. The medical and surgical Reporter, Vol. LXXV, 1896, No. 7, 2058, S. 193 bis 196.

Berditschewsky, M. H.: Ueber zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie nebst einigen hämatologischen Untersuchungen. Berlin 1897. 8⁰. 33 Seiten. Inaugural-Dissert.

Bentel, Carlos: El acido cromico como reactivo para la albúmina y los colores de la bilis en las orinas. Gaceta medica de Costa Rica. Vol. I. No. 1, 1896. S. 10.

Bischofswerder, Alfred: Ueber Harnsäure- und Alloxurbasen-Ausscheidung bei Diabetes mellitus. Berlin 1896. 8⁰. 27 S. Inaug.-Diss.

Biedl, Arthur und Kraus, Rudolf: Ueber intravenöse Traubenzuckerinfusionen bei Menschen. Wiener klin. Wochenschr., Jahrg. IX, 1896, No. 4, S. 55—58.

Bohland, K.: Ueber den Einfluss des salicylsauren Natrons auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure. Medic. Klinik in Bonn. Centralbl. f. innere Medicin, Jahrgang XVII, 1896, No. 34. 70. 74.

Boulting, William: Fatal Coma in a Case of unsuspected Glycosuria in a young Subject. British medical Journal 1896. No. 183, S. 270.

*Brandenburg, Curt: Ueber die diagnostische Bedeutung der Harnsäure und Xanthinbasen im Urin. II. medicin. Klinik von Gerhardt. Berliner klinische Wochenschrift. Jahrg. 33, 1896, No. 7, S. 137—139.

Bremer, L.: An improved Method of diagnosticating Diabetes from a Drop of Blood. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 301—303. With 1 Plate.

Brodmeier, Arnold: Ueber die Beziehung des Proteus vulgaris zur ammoniakalischen Harnstoffzersetzung. Hamburg 1896. 8⁰. 19 S. Inaug.-Dissert. v. Erlangen.

Bussenius: Fibrinöse Pneumonie als Complication des Diabetes mellitus. Zuckergehalt des pneumonischen Sputums. III. med. Klinik von Senator. Mit 2 Abbild. Berl. klin. Wochenschr., Jahrg. 33, 1896, No. 14, S. 293—296.

Butte, L.: De la glycosurie par injection intraveníeuse de glycose, l'élimination de la glycose par l'urine, action sur la nutrition intime. Annales de la policlin. de Paris 1896, 8 S.

Cadman, E. S. R.: Diabetic Coma following Influenza. British med. Journal 1896, No. 1840, S. 843.

Camerer, W.: Harnsäure, Xanthinbasen u. Phosphorsäure im menschlichen Urin. Zeitschrift f. Biologie, Band XXXIII. Neue Folge B. 15. 1896, Heft 11, S. 139—155.

Carsaet, G.: Traitement du diabète sucré par la levure de bière. Congrès français de médecine. 2. Session 1895. Rapports 1896. S. 909—913.

Carvë, K.: Mortalité par diabète en Danemark. Revue de médecine, Année XVI. 1896, No. 6, S. 521—523.

Cassoute, E.: Acétonémie et coma diabétique. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 14, S. 127—13?.

Clarac: Notes de pathologie exotique, deux cas d'hémoglobinurie quinique. Archives de médecine navale et coloniale. Tome LXVI. 1896, No. 4, S. 277—283.

Coolen, F.: Étude sur l'action des médicaments réputés antidiabétiques sur la glycosurie phorhizique. Archives de pharmacodynam., Ann. II. 1896, No. 3 et 4, S. 255.

Croom, J. Halliday: Glycosuria complicating un ovarian Tumour and Ovariotomy. The British gynaecological Journal, Part XLIV. 1896, S. 476—483.

Cumston, Ch. G.: The urinary Troubles produced by Prolapsus of the genital Organs. Annals of Gynaecology and Paediatry, Vol. IX, 1896, No. 4.

Daiber, Albert: Mikroskopie der Harnsedimente. Mit 106 Abbild. auf 53 Taf. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. 8⁰. XII. 50 S. 53 Blatt Erklärung.

*De Dominicis: Die Oxalurie. Wien. medicin. Presse, Jahrg. 46, 1896. No. 19, S. 818—822; No. 20, Seite 867—870.

D., M.: The specific Gravity of the Urine. The Lancet 1896, Vol. II, No. 1 = 3801, S. 53.

Ebstein, W.: Des rapports entre le diabète sucré et l'épilepsie. La Semaine médicale, Année XVI, 1896, No. 23, S. 177—178.

Eichhorn, G.: Ueber Diabetes insipidus im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XLII, 1896, Heft 1, S. 44.

Elliott, Arthur R.: Albumin Testing. The New-York med. Journ. Vol. LXIV, 1896, No. 10. Whole No. 927, 1, 326—328.

Eschner, Augustus A.: Functional or nutritional Glycosuria? Philadelphia Policlin. Vol. V, 1896, No. 12, S. 114.

Ewing, Alexander C.: A Test for Albumin in the Urine. New-York Medical Record. Vol. 49, 1896, No. 10, Heft 322, S. 337—338.

Florschütz: Glycosurie u. Lebensversicherung. Correspondenzblätt. des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen, Jahrg. XXV, 1896, Heft 8, S. 251—259.

Fornaca, L. A. Micheli: Alame ricerche sull' acidimetria dello stomaco e l'alcalimetria del sange nel diabete. Riforma medica 1896, 13.-14. Juli.

Friedrich, Wilhelm: Ueber die diuretische Wirkung der Harnstoffs. Berliner klinische Wochenschrift. Jahrgang XXXIII, 1896, No. 17, S. 370—371.

Gans, Edgar: Ein Fall von Xanthoma diabeticum. Therapeutische Monatshefte, Jahrgang X, 1896, Heft 1, S. 15—18. Mit 1 Abbild.

*Garrod, Archibald E.: Urine rendered green by Indigo. Transactions of the clinical Society of London, Vol. XXVIII, 1895/1896, S. 307.

Garrod, Archibald E. and Hopkins, F. Gowland: Notes on the Occurrence of large Quantities of Haematoporphyrin in the Urine of Patients taking Sulphonal. Journ. of Pathology and Bacteriology, Vol. III, 1896. Part. 4, S. 434.

Gérard, E.: Fermentation de l'acide urique par les microorganismes. Comptes rend. de l'académie des sciences, Paris, Tome CXXII, 1896, No. 18, S. 1019—1022.

Gérard, E.: Fermentation de l'acide urique par les microorganismes. Compt. rend. hebdom. de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 18, S. 516—518.

*Gessler, Hermann: Die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Rückenmarkskrankheiten. Medicin. Correspondenzblatt d. Württ. ärztl. Landesvereins, Band LXVI, 1896, No. 4, S. 25—30.

Giarré, C.: Sulla patogenesi della urobilinurie. Sperimentale, Anno L, 1896, II, S. 81

Given, J. C. M.: Diabetes and neurotic Inheritance. The Lancet 1896, Vol. I, No. XXI, 3795, S. 1425.

Graves, Frederick: Diabetes mellitus and Antipyrin. British med. Journal 1896, No. 1842, S. 970—971.

Goldenberg, Hermann: Bacteriuria. Medical Record No. 7, Whole No. 1345, S. 228—231.

*Grube, Karl: Weitere Beobachtungen über Kalkbehandlung bei Diabetes mellitus nebst Bemerkungen über Acetonurie. Therapeutische Monatshefte, Jahrg. X, 1896, H. 5, S. 258—260.

*Grube, Karl: Beiträge zur Aetiologie und Klinik der Zuckerkrankheit. Münchener med. Wochenschrift, Jahrg. 43, 1896, No. 23, S. 542—543; No. 24, S. 568—570.

Guillemonat: Sur la variation de la glycosurie chez les diabétiques soumis au régime lacté. Comptes rendus de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 20, S. 576—578.

Gumprecht: Ueber Conservirung von Harnsedimenten. Medic. Klinik in Jena. Centralblatt für innere Medicin, Jahrg. XVII, 1896, No. 30, S. 761—767.

Hallervorden, E.: Ueber Ammoniak-Ausscheidung. Archiv für patholog. Anatomie, Bd. 193, 1896, Heft 3, S. 705—706.

Hanot, V.: Diabete bronzé. British medical Journal 1896, No. 1830, S. 206—207.

Harris, M. L.: A Contribution to our Knowledge of Albumosuria. American Journal of the medical sciences, Vol. CXI, 1896, No. 5, 289, S. 557—569.

Haussmann, Victor: Ueber die Säureausfuhr im menschlichen Harn unter physiologischen Bedingungen. Medic. Klinik und chem. Laborat. des patholog. Instituts zu Berlin. Deutsche Zeitschr. f. klin. Medicin, Band XXX, 1896, Heft 3 und 4, S. 350—370.

Haussmann, V.: Ueber die Aciditätsbestimmung des Harnes und ihre klinische Bedeutung. Verhandlungen des 12. Congresses für innere Medicin 1896, S. 459—465.

Haussmann, Victor: Ueber die Aciditätsbestimmung des Harns und seine klinische Bedeutung. Vortrag auf dem 14. Congr. f. inn. Medicin. Deutsche Medicinalzeitung, Jahrgang XVII, 1896, No. 39, S. 431—432.

*Heimann, M.: Traumatische Neurose und Diabetes mellitus. Münch. medicin. Wochenschr., Jahrg. 43, 1896, No. 15, S. 340—341.

Henry, Frederick P.: Report of a Case of indigenous parasitic Chyluria with Filaria nocturna in the Blood. Illustrated Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 18, 1216, S. 477—489.

Henschen, S. E.: Om den tekniska undersökningen af hjärnan. Arsber. från akad. sjukh. i Upsala. Med. 1896, S. 14.

Henschen, S. E.: Om ujurernas Funktion. Arsber. från akad. sjukh. i Upsala Med. 1896, S. 57.

Hirschfeld, Felix: Ueber Acetonurie. Centralbl. f. innere Medicin, Jhg. XVII, 1896, No. 24, S. 617—620.

Hogge, Albert: Observations de bactériurie. Annales de la société medico-chirurgicale de Liège, Série III, No. 4, Année 35, 1896, Seite 142—164.

Huchard, H.: Action diurétique de la théobromine dans les maladies cardiaques et rénales. Nouv. Remèdes, Année XII, 1896, No. 2, S. 32.

Husché, Th.: Ueber die Brauchbarkeit der Methoden zur qualitativen und quantitativen Zuckerbestimmung in der ärztl. Praxis. Poliklin. d. Univers. Rostock. Zeitschrift f. pract. Aerzte, Jahrg. V, 1896, No. 4, S. 113—121.

Jacobson, Otto: Malaria und Diabetes. Kgl. medicin. Klinik. Rostock 1896. 8°. 23 S. Inaug.-Dissert. Kiel.

Jakobsohn, Paul: Einige Untersuchungen über die Färbung und Conservirung organisirter Harnbestandteile. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet. 1896. S. 57—64.

James Alexander: Clinical Lecture on Diabetes mellitus. Edinburgh medical Journal 1896, No. 490, S. 889—899.

*James Alexander: The Blood in Diabetes mellitus. Edinburgh med. Journal No. 495, 1596, S. 193—195.

James, C. Dunlop: Oxaluria and the Excretion of oxalic Acid in Urine. Edinburgh med. Journal 1896, No. 487, S. 634—638.

Jassoy, A.: Ueber eine einfache quantitative Bestimmung des Traubenzuckers im Harne mittelst gasanalytischer Methode. Apothekerzeitung 1896, No. 5.

*Jolles, Adolf: Eine empfindliche Probe zum Nachweis von Albumin im Harn. Aus dem chem.-mikroskop. Laborator. v. Max u. Adolf Jolles in Wien. Allgem. Wiener medic. Zeitung, Jahrg. XLI, 1896, No. 6, S. 63—64.

Kalanteorianz, V.: Ueber den Einfluss der Nahrung auf die Säureausscheidung im Harn und den absoluten Betrag des letzteren unter physiologischen Verhältnissen. Bern 1896. 8°. 30 S.

Karolyi, M.: Diabetes mellitus. Diagnose nach einer Periostitis acuta diffusa. Oesterreich. ungar. Vierteljahrsschrift für Zahnheilk., Jahrg. XII, 1896, H. 2, S. 166/167.

Keller, Arthur: Beiträge z. Kenntnis der cyklischen Albuminurie. Univ.-Kinderklin. zu Breslau. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. XLI, 1896, Heft 3/4, S. 352—371.

Keller, Arthur: Beiträge z. Kenntnis der cyklischen Albuminurie. Breslau 1896, Schletter. 8°. 36 S.

van Ketel, B. A.: Zur Bestimmung der Glucose im Harn. Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XXII, 1896, Heft 3, S. 278—281.

Kisch, E. Heinrich: Ueber den Einfluß der Trinkkur mit alkalischen Mineralwässern auf die Oxalsäureausscheidung im Harn. Therapeutische Monatshefte, Jahrg. X, 1896, No. 3, S. 138.

*Kisch, E. Heinrich: Ein Beitrag zur pathologischen Oxalurie. Centralblatt der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Bd. VII, 1896, Heft 4, S. 185—195.

*Kisch, E. Heinrich: Zur Lehre vom lipogenen Diabetes. Wiener med. Presse, Jahrgang XXXVII, 1896, No. 15, S. 505—507.

Klein, Arthur: Zur Kenntnis der Ausscheidung des Fibrins u. fibrinartiger Gerinnsel. Wiener klin. Wochenschrift, Jahrg. IX, 1896, No 31, S. 701—711.

*Klemperer, G.: Zur Behandlung d. Lebercirrhose. Harnstoff als Diureticum. I. Med. Univ.-Klinik von E. Leyden. Berl. klin. Wochenschrift, Jahrg. 33, 896, No. 1, S. 6—8.

Klemperer, G.: Die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus. Therapeut. Monatshefte, Jahrg. X. 1896, Heft 4, S. 208—210.

Koelman, Ludwig: Zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie durch Gehen. Breslau 1896. 8°. 27 S. Inaug.-Dissert.

*Kolisch, Rudolf und Burián, Rich.: Ueber die Eiweißkörper des leukämischen Harnes mit besonderer Berücksichtigung des Histons. Zeitschrift für klinische Medicin, Band 29, 1896, Heft 3 und 4, S. 374—380.

Korte, Joseph: Ueber Phlorhizin-Diabetes, insbesondere beim Menschen. Halle a. S. 1896. 8°. 21 S. Inaug.-Dissert.

Kramm, William: Ueber ein neues Lösungsmittel der Harnfarbstoffe. Chem. Instit. des pathol. Institut zu Berlin. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang 22, 1896, No. 2, S. 25—27; No. 3, S. 42 bis 45.

Kraus, Rudolf: Bacteriologische Blut- und Harnuntersuchungen. II. med. Klinik der Wiener Univ. Mit 1 Tabelle. Zeitschrift f. Heilkunde, Bd. XVII, 1896, Heft 2/3, S. 117—175.

Lafon, Philippe: Des modifications du diabète par le traitement thermal de l'eau de la Bourboule, source de Chousay-Perrière. Paris 1896. Levé. 404 S.

*Leick, Bruno: Beitrag zur Lehre von der Albumosurie. Univ.-Klinik in Greifswald, Mosler. Deutsche med. Wochenschrift. Jahrg. 22, 1896. No. 2, S. 22—24.

Leidié, E.: Recherches sur la albuminoides des urines purulentes. Bullet. général de thérapeutique 1896, Lavarrièr, p. 539—542.

Lemaire, F. A.: Ueber das Vorkommen von Milchzucker im Harn bei Wöchnerinnen. Zeitschr. f. physiologische Chemie, Band XXI, 1896, Heft 5 6, S. 442—461.

Lenné: Beitrag zur Behandlung des Diabetes mellitus. Allgem. medic. Central-Zeitung, Jahrg. 65, No. 34 S. 401—402; No. 35, S. 413—415; No. 36, S. 426—427; No. 37, S. 438 bis 439; No. 38, S. 451—452.

Lenné: Beitrag zur Behandlung des Diabetes mellitus. Allgem. medic. Central-Zeitung, Jahrgang 65, 1896, No. 39, S. 463—464; No. 40, S. 473—474; No. 41, S. 485 bis 486.

*Lenné: Ueber die Ursache der diabetischen Glycosurie. Deutsche Medicinalzeitung, Jahrg. XVII, 1896, No. 24, S. 271—275.

Lépine et Lyonnet: Sur la réaction de Bremer du sang diabétique. Lyon médic., Année LXXXII, 1896, S. 187.

Lépine, R.: Recents travaux sur la pathogénie des diabètes. Revue de médecine, Année XXI, 1896, No. 7, S. 594—599. Amivre.

Lépine: Nécessité d'admettre l'intervention d'un élément rénal dans le diabète sucré. Congrès français de médecine, 2 Session 1895. Rapports 1896, S. 918—919.

Lépinois, E.: Contribution à l'étude de l'acidité urinaire. Compt. rend. hebdom. de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 1, S. 52—54.

*Liniger: Ueber Diabetes insipidus und Amnésie retrograde nach einer Schädelbasis-Fractur. Monatsschr. für Unfallheilkunde, Jahrgang III, 1896, No. 1, S. 2—8.

Linossier: Notes d'urologie appareil pour la dosage de l'urée. Lyon médic., Année LXXXII, 1896, S. 245.

Löwenthal, Julius L.: Diabetes mellitus. Der ärztliche Practiker. Jahrg. IX, 1896, No. 5, S. 129—145.

Lohnstein, Th.: Ueber densimetrische Zuckerbestimmung. Berlin. klin. Wochenschr., Jahrg. 33, 1896. No. 6, S. 120—123.

Lohnstein, Th.: Ueber ein neues Urometer und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn. Vortr. auf d. 17. Balneologencongr. am 7. März 1896. Deutsche Medicinalzeitung. Jahrg. XVII, 1896, No. 34, S. 381 bis 385. Mit 3 Figuren.

Lohnstein, Th.: Zucker- und Eiweißbestimmung im Harn mit dem Urometer. Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch. Teil I. 1897. Oscar Coblentz.

Lüthje: Beiträge zur Kenntnis der Alloxurkörperausscheidung. Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. XXXI. 1896. Heft 1/2. S. 112—122.

Mac Donald, Mark: On the Detection of small Quantities of Sugar in Urine. The Lancet 1896, Vol. II. No. XII. Whole No. 3812. S. 814.

Mac Donald, Mark: Note on the Picrid Acid Test for Sugar. Lancet 1896. Vol. I. No. VIII. 3782. S. 476.

Mac Donald, Mark: The Detection of small Quantities of Sugar in the Urine. The Lancet 1896, Vol. II, No. XIII. Whole No. 3813. S. 908.

Marie, Pierre: De l'albuminurie cyclique. Hôtel Dieu. La Semaine méd., Année XVI. 1896, No. 7. S. 49—52.

Marcuse, Wilhelm: Giebt es einen klinischen renalen Diabetes? Allgemeine medicin. Central-Zeitung, Jahrg. 65, 1896, No. 49, S. 585 bis 587.

Mendel, Fritz: Ueber das Vorkommen der alimentären Glykosurie bei Neurosen und speciell bei den traumatischen Erkrankungen des Nervensystems. Würzburg 1896, 8°, 34 S., Inaug.-Dissert.

Minkowski, O.: Störung der Pancreasfunction als Krankheitsursache. Diabetes mellitus. Ergebnisse der allgemeinen Aetiologie der Menschen- und Tierkrankheiten. Abt. I. O. Lubarsch u. R. Ostertag. 1896. S. 69—100.

*Mitchell Clifford: An early Test for Glycosuria. Medical Record, New-York, Vol. 99, 1896, No. 2 = 1314, S. 71.

v. Moraczewski, W.: Ein Fall von Alkaptonurie. Klinik v. Eichhorst in Zürich. Centralblatt für innere Medicin, Jahrg. XVII, 1896, No. 7, S. 177—179.

Mordhorst, C.: Bidrag til Urin sysens Kemi. Hospit. - Tidende, R. IV, Deel IV, No. 13 und 14.

Moritz: Ueber den Einschluß von organischer Substanz in den kristallisirten Sedimenten des Harnes, besonders denen der Harnsäure. Mit 14 Abbild. Verhandlungen des 14. Congresses für innere Medicin 1896, S. 323—329.

Morrow, Prince A.: On cutaneous manifestations of Diabetes. Medical Record New-York, Vol. 49, 1896, No. 15, 1327, S. 508—512.

Müller, Franz: Schwierigkeiten bei der Diagnose eines Falles von Diabetes mellitus decipiens, das Bild einer Tabes dorsalis incipiens vortäuschend. Wien. klin. Wochenschrift, Jahrg. IX, 1896, No. 19, S. 365—366.

Mya, G.: Sulla questione dell' urobilinuria. Sperimentale, Anno L, 1896, II, S. 71.

Nehring, O. und Schmoll, E.: Ueber den Einfluß der Kohlehydrate auf den Gaswechsel des Diabetikers. Zeitschrift für klinische Medicin, Band 31, 1896, Heft 1/2, S. 59—93.

Neugebauer, Friedrich: Vorübergehende Glycosurie bei incarcerirter Hernie. Wiener klin. Wochenschrift, Jahrg. IX, 1896, No. 37, S. 825—828.

Nonne, M.: Ueber Poliomyelitis anterior chronica als Ursache einer chronisch-progressiv. atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus. Zugleich ein Beitrag zur Casuistik von Zusammenvorkommen von Pancreascirrhose und Diabetes mellitus. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrgang 33, 1896, No. 10, S. 207 bis 212.

Nothnagel: Ueber Diabetes insipidus. Allgemeine Wiener med. Zeitung, Jahrg. XLI, 1896, No. 35, S. 395—396.

Nothnagel: Ueber Diabetes insipidus. Forts. Allgem. Wiener med. Zeitung, Jahrg. XLI, 1896, No. 36, S. 406—407; No. 37, S. 919.

Oechsner de Coninck: Sur les réactions qui permettent de déceler la créatinine dans les urines. Compt. rend. de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 21, S. 617—618.

von Oefele, Felix: Die Kohlenhydratnahrung der Zuckerkranken. Prager med. Wochenschrift, Jahrg. XXI, 1896, No. 25, S. 273—275; No. 26, S. 285—286; No. 27, Seite 296—297.

Oppler, Bruno und Külz C.: Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten (Uebertragbarkeit des Diabetes mellitus). Berl. klin. Wochenschr., Jahrg. 33, 1896, No. 26, S. 583—586; No. 27, S. 612 bis 615.

Oppler, Bruno und Külz, C.: Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten. Uebertragbarkeit des Diabetes mellitus. Aerztliche Rundschau, Jahrg. VI, 1896, No. 27, S. 418—421; No. 28, S. 435—438.

Ord, William Miller and Shattock, Samuel G.: On the microscopic Structure of urinary Calculi of Oxalate of Lime. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1896, S. 91.

Pfaff, Franz: Treatment of Diabetes mellitus. The Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXV, 1896, No. 10, S. 234 bis 236.

Piltz: Diabetes insipidus nach Kopfverletzung. Monatsschrift für Unfallheilkunde, Jahrgang III, 1896, No. 4, S. 104—105.

Pradines, René: Contribution à l'étude du traitement du diabéte. Toulouse 1896, Saint-Cyprien. 4°. 76 S.

Pusinelli: Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes und Lebercirrhose. Berliner klin. Wochenschrift, Jahrgang XXXIII, 1896, No. 33, S. 739—743.

Richardière, H.: Le Coma diabétique. L'Union médic. Année 51. 1896, No. 14, S. 157—159.

*Riegler, E.: Zur Anwendung des Asaprol als Reagens auf Eiweißkörper und Alkaloide. Wiener medicinische Blätter, Jahrgang XIX, 1896, No. 13, S. 197.

Riegler, E.: Eine einfache, rasch ausführbare und genaue Bestimmungsmethode des Harnstoffes im Harne. Wiener medicin. Blätter, Jahrgang XIX, 1996, No. 21, S. 323—324.

Riegler, E.: Eine Bestimmungsmethode des Traubenzuckers und der Harnsäure auf gasvolumetrischem Wege. Wiener medicin. Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 29, S. 451—453. Mit 1 Figur.

Riva, A.: A proposito della patogenese del' urobilinuria. Sperimentale Anno L. 1896, I. S. 5.

Roberts, T. Richard: A Case of Phosphaturia or the phosphatic Diabetes of Tessier. British medical Journal 1896, No. 1832, S. 335.

Roberts Sir William: On the Verification of Sugar-Testing in the Urine. The Practitioner No. 331. Vol. LVI, 1896, No. 1, S. 11 bis 15.

Robitschek, Emil: Ueber den Nachweis von Pepton im Harn. Klinik von v. Jaksch. Prager medicinische Wochenschrift, Jahrgang XXI, 1896, No. 11, S. 115 bis 116.

Rossa, Emil: Traubenzucker im Harn und Fruchtwasser. Centralblatt für Gynäkologie, Jahrgang XX, 1896, No. 25, S. 657—662.

Scherk, Carl: Die Fermentwirkung in ihrer Beziehung zur Zuckerkrankheit. Der ärztliche Practiker, Jahrgang IX, 1896, No. 18, S. 554—555.

Schmoll, E.: Experimentelle Beiträge zur Therapie des Diabetes. Basel 1896, 8°, 25 S. Inaug.-Dissert.

Scott, J. F.: Hydrothionuria or the Phenomenon of sulphurated Hydrogen Gas in Urine. The New-York medical Journal, Vol. LXIII. 1896, S. 151.

Seichter, Richard: Ueber den Einfluß der Massage auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. Halle a. S. 1896, 8°, 29 S. Inaug.-Dissert.

Senator, H.: Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Eheleuten und die Uebertragbarkeit des Diabetes. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrgang 33, 1896. No. 30, S. 665—666.

Serono, Cesare: Sull' analisi dei fosfati nell' orina. Gazzetta degli Ospedali, Anno XVII, 1896, No. 37.

Sheppard, J. E.: Two Cases of acute Mastoiditis in Persons suffering from Diabetes mellitus. Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 18, 1216, S. 494—495.

Smith, E. G.: Notes on Urine Analysis. Medical Record, New York. Vol. 49, 1896, No. 1-1313, S. 13—16.

Stengel, Hermann: Beitrag zur Kenntnis der Nylander'schen Zuckerprobe. Jena 1896, 8°, 27 S. Inaug.-Dissert.

Süssmann, Arthur: Beitrag zur Aciditätsbestimmung im Harn. Breslau 1896, Schletter, 8°, 21 S.

Thery, M.: Le diabéte et son traitement. 7 édition. Paris 1896. Lecéne, Oedin et Co. 8°. 23 S.

Triboulet: Le foie chez les diabétiques. Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie. Année 43, 1896, No. 32. S. 370—377.

Triboulet, N.: Le foie chez les diabétiques. Revue de médecine. Année XVI, 1896, No. 2, S. 133-152.

Tyson, James: Guide pour l'examen pratique de l'urine à l'usage des médecins et des étudiants. 8 édition revue et corrigé. Traduct. de E. Gautzelet et A. S. Clarke. Paris 1896, 8°, 172 S.

Tyson, J.: Guide for the practical Examination of Urine for the Use of Physicians and Students. 9. Edition revis. and illustrat. London 1896, Baillière. 8°, 276 S.

Velich, Alois: Ueber experimentelle Glykosurie. Instit. v A. Spina in Prag. Wiener klinische Rundschau, Jahrgang X, 1896, No. 20, S. 343—344, No. 21, S. 364—366.

Wassiliew: Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweißbestimmung im Harne. St. Petersburger medicin. Wochenschrift, Jahrgang XXI. Neue Folge XIII, 1896, No. 37, S. 231—232.

van der Weijde, A. J.: Een geval van chylurie. Nederlandsch Weekblad 1896, P. 41, No. 15.

Wellborg, J.: Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach dem Diabetes mellitus und der Glykosurie. St. Petersburger medicinische Wochenschrift, Jahrgang XXI, 1896. Neue Folge. Jahrgang XIII, No. 14, S. 117—125.

West, Samuel: Uranium-Nitrate in Diabetes mellitus. Therapeutic Gazette, Vol. 20, 1896, No. 9, S. 596— 597.

Winter, J.: De l'équilibre moléculeure des humeurs. Etude de la concentration des urines. Ses limites. Archives de physiologie, Série V, 1896, Tome VIII, No. 3, S. 529—537.

Yvon, P.: Manuel clinique dé l'analyse des urines. 5 Edition revue et très augmentée avec la collaboration du docteur A Berlioz. Paris 1896, O. Doin. 8°. VII. 472 S.

Zuntz, N.: Zur Kenntnis des Phlorhizindiabetes. Archiv für Physiologie, Jahrg. 1895/96, Heft 5 u. 6, S. 471—574.

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

Abrams, Albert: Report of a Case of gonorrhoeal Endocarditis. The New-York medical Journal, Vol. LXIV, 1896, No. 9, 926, S. 293.

*Agramonte, Aristides: Infectious Vulvovaginitis in Children. Medical Record, New-York, Vol. 99, 1896, No. 2, 1314, S. 46—48.

Appert, R.: Diagnostique et traitement des métrites blennorrhagiques. La Semaine gynécologique 1896, No. 9.

Aquila: Ein Fall von extragenitaler Tripperinfection. Monatshefte für practische Dermatologie, Bd. XXIII, 1896, No. 1, S. 16—19.

*Baer, Theodor: Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen. Städt. Krankenhaus in Frankfurt a. Main. Abt. v. Herxheimer. Mit 1 Abbildung. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang 22, 1896, No. 8, S. 116—117.

Barruol, Gabriel: Etude clinique sur les complications cardiaques de la blennorrhagie. Paris 1896. 4°. 94 S.

Bender: Das Argonin (Argentum-Casein), ein neues Antigonorrhoicum. Der ärztliche Practiker, Jahrgang IX, 1896, No. 1, S. 1 bis 6.

Blennorrhoea vaginae et uteri. Salpingo-Oophoritis. Punction mit Aspiration. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrgang III, 1894/1896, S. 880—881.

Boyd, Wendell C.: Septicemia following Gonorrhoea. Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXIV, 1896, No. 9, S. 214.

Bumm, E.: Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. Handbuch der Gynäkologie, Band I, 1897, S. 425—518.



Cappelen, A.: Resection der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Strictur. Centralbl. für Chirurgie, Jahrg. 1896, No. 23, S. 559—561.

Casper, Otto: Beitrag zur Epididymitis gonorrhoica mit besonderer Berücksichtigung des Gonococcus Neisser. Berlin 1896. 8°. 34 S. Inaug.-Dissert.

Cathart, Ch.: Venereal Warts a contiguous Form of Tumour. The Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. IV, 1896, No. 1, S. 160 bis 172.

Colldecarrera, Joachim: Les rétrécissements larges de l'urèthre. Montpellier 1896, Boehm. 4°. 63 S. avec 1 planche.

Colombini, Pio: L'ictiolo nella cura della blenorragia. Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie e Ger. II, Anno I, 1896, 15 S.

Cooper, St. Cloud: Relief of impermeable organic Structure of Urethra. The medical Age Vol. XIV, 1896, No. 12, S. 365—366.

Cox, E. S.: A Case of Gonorrhoea complicated with double Epididymitis in a boy twelve years of Age. The New-York medical Journal, Vol. LXIV, 1896, No. 7, 924, S. 225.

*Fenwick, P. Clennell: Repair of a Defect in a strictured Urethra by the Transplantation of a Portion of a Sheep's Urethra. The Lancet 1896, Vol. 1, No. 1, 3780, S. 353.

Fié, Arsene: Gonorrhoeal Rheumatisme complicated with Curettement of the Uterus. Annals of Paediatry and Gynaecology, Vol. IX, 1896, No. 7.

*Finger, Ernest: Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Processes. (Ueber Endocarditis, Arthritis, Prostatitis follicularis gonorrhoica.) 2 Taf. und 1 Tabelle. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXIII, 1895/1896, Heft 3, S. 323 bis 340.

Finger, E.: Die Therapie der acuten Blennorrhoe der Harnröhre. Wiener medicin. Wochenschr., Jahrg. 46, 1896, No. 34, S. 1487—1489; No. 35, S. 1531—1532; No. 37, S. 1609 bis 1610; No. 38, S. 1649—1651; No. 39, S. 1689—1691; No. 41, S. 1773—1776.

Finger, E.: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Untersuchungen. Mit 36 Holzschnitten im Text und 9 lithographirten Tafeln. 4. verm. und verb. Aufl. Leipzig/Wien 1896. Franz Deuticke. 8°. X, 403 S.

*Fürbringer, P.: Tötliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe. Deutsche medicin. Wochenschrift, Jahrg. XXII, 1896, No. 27, S. 424—426.

Gauer, P.: Ueber Gonokokkenbefunde beim Weibe. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift, G. Lewin gewidmet, 1896, S. 22—30.

*Goldberg, Berthold: Die Technik der Harnröhrenspülungen zur Behandlung des Trippers. Deutsche Medicinalzeitung, Jahrgang XVII, 1896, No. 26, S. 293—294.

*Goldberg, Berthold: Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit übermangansaurem Kali. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Bd. VII, 1896, Heft 3, S. 142—152, Heft 4, S. 202—226.

Gonorrhoea with Pyrexia and cardiac Symptoms. The Lancet 1896, Vol. I, No. XI, 3785, S. 738.

Güntz, J. Edmund: Ueber die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin. Memorabilien, Jahrgang XV, 1896, Heft 1. Neue Folge, Jahrg. XV, No. 1, S. 27—30.

Güntz, J. Edmund: Ueber die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin. Allgemeine medicinische Centralzeitung, Jahrg. 65, 1896, No. 23, S. 269.

Gutheil, Arthur: Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin. (M. Joseph's Poliklinik für Hautkrankheit. in Berlin.) Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang 22, 1896, No. 35, S. 564—565.

*Haushalter: Rheumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né. Congrès français de médicine. 2. session 1895, Rapports 1896, S. 1057 bis 1065.

Hawkins, John A.: Death from gonorrhoeal Rheumatisme. Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 24, 1222, S. 665.

Heimann, Henry: Klinische und bacteriologische Studie über das Vorkommen des Gonococcus (Neisser) in der männlichen Harnröhre und im Vulvo-Vaginaltractus der Kinder. Vom Verf. in's Deutsche übertragen. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXIV, 1896, Heft 3, S. 422—452.

Howland, George T.: Formalin in Gonorrhoea. Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 6, Whole No. 165, S 227—228.

Jadassohn, J.: Bacterien-Membranen in der Harnröhre. Aus der dermatologischen Abteilung im Allerheiligen-Hospital zu Breslau. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XXXIV, 1896, Heft 3, S. 363—365.

Jadassohn, J.: Die Reaction im Innern der Harnröhre. Ebenda S. 365—367.

*Iljinsky, A.: Zur Behandlung der Urethritiden mit Ichthyol u. Quecksilbersalbe. Wratsch 1896, No. 1, 2 und 6 (russisch).

Immerwahr, R.: Ueber das Vorkommen von Eiterstaphylokokken bei der Endometritis gonorrhoica. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift, G. Lewin gewidmet, 1896, S. 48—51.

Isaac: Ueber den Wert der Salbenbehandlung bei der chronischen Gonorrhoe. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Georg Lewin gewidmet, 1896, S. 52—56.

Jullien, L.: Considérations à propos de la blennorhagie ano-rectale chez la femme. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Georg Lewin gewidmet, 1896, Seite 73 bis 77.

*Kaeufer, Otto: Ueber die Beziehungen der Filamenta urethralia zur chronischen Gonorrhoe. Aus Lassar's Klinik. Dermatologische Zeitschrift, Band III, 1896, Heft 4, S. 63—79.

de Keersmaecker, J.: Le rôle des glandes de Littre dans l'uréthrite chronique. Annales des maladies des organes génito-urinaires Année XIV, 1896, No. 8, S. 728 bis 736.

Kiefer, F.: Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Gonorrhoe. Berliner klin. Wochenschrift, Jahrgang 33, 1896, No. 28, S. 628—630.

Knies, M.: Die gonorrhoischen Bindehauterkrankungen und deren Behandlung. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Band I, Heft 5, 34 S. Halle 1896.

Klein, Gustav: Die Gonorrhoe des Weibes. Für die Praxis dargestellt, Berlin 1896, S. Karger. 8°. 60 S.

Landau: A propos de blennorhagie. Belg. médic. Année III, 1896, No. 12, S. 353.

Lanz, Alfred: Ueber den diagnostischen Wert der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsecrete. Allgemeine medicinische Centralzeitung, Jahrgang 65, 1896, No. 68, Seite 813 bis 816.

*Legueu et Levy: Traitement de blennorrhagie par l'airol. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 212—213.

*Lewin, Arthur: Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe. Poliklinik von Posner in Berlin. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrg. 33, 1896, No. 7, S. 146.

*Leyden, E.: Ueber die inneren Metastasen der Gonorrhoe. Vortrag am 12. November 1895. Dermatologische Zeitschrift, Band IV, 1896, Heft 1, S. 9—16.

Lippmann: Ueber die Grundzüge der Behandlung des acuten und chronischen männlichen Trippers. Zeitschrift für practische Aerzte, Jahrgang V, 1896, No. 3, S. 89 bis 95.

Ludwig: Fall von wochenlanger Blutung aus der Harnröhre nach Injection einer 0,7proc. Kali hypermanganicum-Lösung. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang 22, 1896, No. 12, S. 188—189.

Merlin, Johann: Ueber die Behandlung der acuten Gonorrhoe und der venerischen Bubonen mit Airolemulsion. Wiener medicin. Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 40, S. 629—630.

Mermed, P.: La blennorhagie anorectale. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 52, S. 531 bis 537, No. 55, S. 559—566.

*Michaelis, M.: Ueber einen neuen Fall von Endocarditis gonorrhoica. Mit 1 Tafel. Zeitschrift für klin. Medicin, Band 29, 1896, Heft 5 u. 6, S. 556—562.

Mursell, H. Temple: A case of suppuractive Parotitis following upon Gonorrhoea. British medical Journal, 1896, No. 1830, S. 271.

Möller, Magnus: 100 Fall af Urethritis gonorrhoica behandlade enligt Janet's Method. Hygiea LVIII, 1896, No. 3, S. 263.

Möller, Magnus: 100 Fälle von Urithritis gonorrhoica, behandelt nach Janet's Methode. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXV, 1896, Heft 1, S. 45—60.

Möller: Magnus: 100 Fall af Urethritis gonorrhoica behandlade enligt Janet's Method. Hygiea 1896, No. 3.

Neißer, A. und Schäffer, J.: Gonokokken. Ergebnisse der allgem. Aetiol. der Menschen- und Tierkrankheit. Von O. Lubarsch und R. Ostertag, Abt. 1, 1896, S. 477 bis 509.

Nobl, G.: Zur Prophylaxe der blennorrhoischen Infection beim Manne. Centralblatt für Therapie, Jahrg. XIV, 1896, Heft 7, S. 395 bis 404.

Nobl, G: Ueber Radicalbehandlung der venerischen Bartholinitis. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III, 1894 1896. S. 642—660.

Northrup, W. P.: Gonorrhoeal Arthritis. Report of the Presbyter. Hospital of New-York, Vol. I, 1896. S. 53.

Orton, John J.: Rectal Gonorrhoea and gonorrhoeal Endometritis. Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 15, 1213, S. 408—409.

Pagenstecher, Gustav: Gonorrhoea its Symptoms and Consequences in both Sexes. A Treatise presented to the Academy of Medicine of Mexico. Translat. by Joseph Pascalin. San Antonia (Texas) 1896, Sigmund. 8⁰.

Pezzoli: Zur Histologie des gonorrhoischen Eiters. Band XXXIV, 1896, Heft 1, S. 39—50, Heft 2, S. 183—204.

Pick, Ludwig und Jacobsohn, Julius: Eine neue Methode zur Färbung der Bacterien insbesondere des Gonococcus Neisser im Trockenpräparat. Aus L. Landau's Frauenklinik in Berlin. Wiener klinische Wochenschrift, Jahrg. 33, 1896. No. 36, S. 811—812.

Piéry, D.: L'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Archives de gynécologie et de tocologie, Vol. XXIII, 1896, No. 8, S. 561—569.

Pityriasis rubra pilaris. Blennorrhoea urethrae. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 677—680.

*Preis, N.: Die Radicalbehandlung des chronischen Trippers bei Männern. Medicina 1896, No. 6 u. 7 (russisch).

Robinson, J. M.: Septemic Infection from Gonorrhoea with the Report of a fatal Case. Medical News, Vol. LXIX, 1896, No. 9, 1233, S. 230—233.

Rosenfeld, Siegfried: Practische Erfahrungen mit Airol. Wiener medicinische Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 31, S. 485.

*Santi: Electrolyseur Santi für harte Stricturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatotom. Construirt vom Instrumentenmacher Klöpfer in Bern. Monatshefte für practische Dermatologie, Bd. XXII, 1896, No. 9, S. 463—464. Mit 1 Abbildung.

Schäffer, J.: Ueber Desinfectionsversuche an Gonokokken. Dermatologische Universitätsklinik in Breslau. Fortschritte der Medicin, Band 41, 1896, No. 5, S. 161 bis 170.

*Schlifka, Max: Die Bacteriurie als Complication der gonorrhoischen Erkrankung. Wiener medicinische Presse, Jahrgang XXXVII, 1896, No. 13, S. 441—444.

Schreiber: Anleitung und Winke zur erfolgreichen Behandlung des acuten und chronischen Trippers beim Manne unter Zugrundelegung meiner durch lange Praxis auf diesem Gebiete gesammelten Erfahrungen. Mit 12 Abbildungen. 2. verm. u. verbess. Auflage. Berlin und Neuwied 1896. Heuser. 8⁰. 23 S.

Schultz, Heinrich: Beiträge zur Pathologie und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Band 36, 1896, Heft 1/2, S. 199—224.

Schumacher, Hermann: Ueber Salpingitis und Parametritis gonorrhoica im Wochenbett. Halle a. S. 1896. 8⁰. 58 S. Mit 2 Tabellen. Inaug.-Dissert.

Seiffert: Tendovaginitis gonorrhoica, ein Beitrag zur Lehre von der Gonorrhoe im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XLII, 1896, Heft 1, S. 13—27.

Sonnenburg: Der Katheterismus retro-urethralis bei der Behandlung impermeabler (gonorrhoisch.) Stricturen. Festschrift f. Benno Schmidt zur Vollendung seines 70. Lebensjahres. 1896. S. 225—232.

Stein, O. J.: The Method of Irrigation in gonorrhoeal Urethritis. The Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 3, Whole No. 162, Seite 102—104.

Strauss, Arthur: Ueber Technik und Erfolge der Behandlung der Gonorrhoe mit Spülungen mit Kal. permanganicum. Vortr. best. für die Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Frankfurt a. M. Allgemeine med. Centralztg., Jahrg. 65, 1896, No. 82, S. 985—988.

Strictur, callöse, vom Bulbus bis an die Pars prostatica reichend. Electrolytische Dilatation. Jahrbuch d. Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III, 1894/1896, S. 674 bis 675.

*Swinburne, George Knowles: The Use of Argonin in the acute Stages of Gonorrhoea, A preliminary Report. The Journal of cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 167, S. 289 bis 301.

*Thiem und Borchardt: Versuch, die Folgezustände eines chronischen Trippers als Unfallfolgen darzustellen. Monatsschrift für Unfallheilkunde, Jahrg. III, 1896, No. 2, S. 51—53.

Thomas, J. D.: The Management of filiform Stricture of the Urethra with some Observations on Stricture. The Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 5, S. 173—180.

Thorndike, Paul: A Case of Stricture of the upper Urethra in a Syphilitic. Boston med. and surg. Journal, Vol. CXXXIV, 1896, No. 6, S. 140.

Touton: Ueber Provocation latenter Gonokokken. Zeitschr. f. practische Aerzte, Jahrgang V, 1896, No. 19, S. 627—631.

*Trekaki: Remarques sur le traitement de la blennorrhagie chronique. Annales des organes génito-urinair., Année XIV, 1896, No. 3, S. 200 - 208.

Tripier, A.: Thérapeutique des rétrécissements uréthraux. Bulletin de thérapie CXXX, 1896, No. 6, S. 272.

Urethrocystitis, inveterirte. Mäßige Strictur. Ringförmiges Ulcus hinter der Strictur. Reflectorischer Krampf des Sphincter vesicae. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 675—676.

Valentine, Ferd C.: Gonorrhoe. Medical Record, New-York, Vol. 50, 1896, No. 2, 1340, S. 71—72.

Valerio, N.: Il ricambio materiale nell'artride blennorrhagica. Gazetta degli Ospidali, Anno XVII, 1896, No. 17.

Veillon, A. et Hallé, J.: Etude bactériologique des vulvovaginites chez les petites filles et du conduit vulvogénital à l'état sain. Archives de médicine expérimentale et d'anatomie pathologique, Série I, Tome VIII, 1896, No. 3, S. 281—303.

*Verhoogen: Le traitement de l'uréthrite chronique par les dilatateurs d'Oberländer. Annales des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 3, S. 230—243.

Weidenfeld, J.: Zur Kenntnis der Rectalblennorrhoe. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrgang III, 1894/1896, S. 617 bis 627.

*Weinrich, M.: Ueber Cocainintoxication von den Harnwegen aus. Berl. klin. Wochenschr., Jahrg. 33, 1896, No. 12, S. 253—256.

Werner, Siegmund: Beiträge zur Behandlung der Blennorrhoe. Altes allgemeines Krankenhaus zu Hamburg St. Georg. Monatshefte für practische Dermatologie, Bd. XXIII, 1896, No. 3, S. 125—139.

Werler, O.: Das citronensaure Silber (Itrol) als Antigonorrhoicum. Berl. klin. Wochenschrift, Jahrgang 33, 1896, No. 37, S. 827—828 und 832.

Wertheim, E.: Ueber Blasen-Gonorrhoe. Ein neuer Beitrag zum Verhalten der Gonokokken im Gewebe. Nachweis von Gonokokken in Blutgefäßen. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XXXV. 1896, Heft 1, S. 1—11.

White, W. Hale: A clinical Lecture on gonorrhoeal malignant Endocarditis. The Lancet 1896. Vol. I. No. IX, 3783, S. 533—535.

Wight, J. S.: Some Points in the Treatment of impermeable Stricture of the Urethra. The New-York medical Journal, Vol. LXIV, 1896. No. 4, Whole No. 921, S. 122—123.

Wintritz: Ueber den Tripper und seine Folgen. Zeitschr. f. Medicinalbeamte, Jahrg. IX, 1896, No. 14, S. 413—424; No. 15, S. 445—460.

Wittkowsky: Diplokokken bei Gonorrhoe. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XXXV, 1896. Heft 1, S. 149—152.

*Wolff: Zur Casuistik der Gelenksmetastasen bei der Gonorrhoe. Münchener med. Wochenschrift, Jahrgang 43, 1896, No. 8, S. 179.

*Wossidlo, H.: Beobachtungen über die Behandlung der Gonorrhoe mittelst der Janet'schen Methode. Centralblatt für die Krankheiten d. Harn- und Sexualorgane, Bd. VII. 1896, Heft 2, 65—81.

Wossidlo: H. R.: Zur Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstricturen. Vortr. in d. Berl. med. Ges. Berl. klin. Wochenschr., Jahrg. 33. 1896, No. 6, S. 124—127.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

*Abadie, Ch.: Des injections souscutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 312—317.

Aderholt, Curt: Beiträge zur Kenntniss der Rectumsyphilis. Berlin 1896, 8°, 36 S. Inaug.-Diss.

Albers, Schönberg: Ueber foetale Syphilis. Münch. med. Wochenschrift, Jahrgang 43, 1896, No. 19, S. 443—449.

Alglave, P.: Cas d'eczéma syphiloide du cuir chevelu d'origine médicamenteuse et séborrhéique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII. 1896, No. 6. S. 866—867.

Anuschat: Die Resorption des Hydrargyrum metallicum und dessen innere Anwendung bei Syphilis. Deutsche Medicinalzeitung. Jahrgang XVII, 1896, No. 74. Seite 787—788, No. 75, Seite 795 bis 797.

Anderson, M'Call: The treatment of Syphilis by Injections of syphilitic Antitoxine. Glasgow medical Journal, Vol. XLV, 1896, No. 4, S. 264.
Apert, E.: Syphilis héréditaire tardive, péritonite chronique, cirrhose atrophique du foie, hypertrophie considérable de la rate, lésions osseuses et articulaires généralisées. Revue des maladies de l'enfance, Année XIV, 1896, S. 107.
Armaignac, H.: Iritis syphilitique unilatérale avec gomme de l'iris. Guérison avec restitution complète de la vision. Recueil d'ophthalmologie 1896, No. 3, S. 129.
Arnheim, Alfred: Sanoform ein neues Ersatzmittel für Jodoform. Poliklinik für Harn- und Blasenleiden von Lohnstein Allgemeine medic. Centralzeitung. Jahrg. 56, 1896, No. 37, S. 437—438.
Aschner, Arthur: Beiträge zum Icterus syphiliticus praecox. Wiener medic. Wochenschrift, Jahrgang 46, 1896, No. 32, S. 1411 bis 1415.
Aschner, Arthur: Ueber einen Fall von Reinfectio syphilitica. Wiener medic. Wochenschr. Jahrgang 46, 1896, No. 32, S. 1415 bis 1416.
Ashmead, Albert S.: Bandelier's Views on lunaros pottery Deformations and precolumbian Syphilis. Journal of cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 2, S. 53—62.
Ashmead, Albert S.: Evidences in Yucatan as to the possible Connection of the precolumbian Syphilis with Asia. Ibidem No. 3, S. 93—99.
Audeoud, H.: La néphrite dans la syphilis héréditaire. Revue médicale de la Suisse romande. Année XVI, 1896, No. 8, S. 381—393.
Audry, Ch.: Behandlung des einfachen Schankers. Monatshefte für practische Dermatologie, Bd. XXII, 1896, No. 10, S. 516.
d'Aulnay, G. Richard: Infection syphilitique s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 7, S. 938—942.
Autagneur: Sur la pathogénie de la dysphagie sécondaire. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 555—560.
Babon: L'état gastrique des syphilitiques traités, gastropathie médicamenteuse syphilitique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie Tome VII, 1896, No. 5, S. 703 bis 774.
Balzer, T.: Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 560 bis 563.
Barling, A. S.: The Serum Treatment of Syphilis. British medical Journal 1896, No. 1832, S. 334.
*Barthélemy: Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles et de préférence de calomel. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 331—343.
Barthélemy: Statistique vénéréologique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 528—592.
Barthélemy: Note sur la prolongation excessive de la période sécondaire et par conséquent de la contagiosité de la syphilis dans ses formes bénignes. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 563 bis 567.
Battestini, Rod.: Di alcuni rari casi di sifilide ereditaria infantile. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1896, Fsc. 2, 16 S.
Battle, W. H.: A Case of extreme Stenosis of lower Part of Pharynx (syphilitic). Transactions of the clinical Society of London, Vol. XXVIII, 1895/1896, S. 305.
Baylac, J.: Note sur un cas d'ictère syphilitique avec syphilides généralisés. Archives médicales de Toulouse 1896, Février.

v. Bechterew, W.: Ueber syphilitische, disseminirte, cerebrospinale Sclerose nebst Bemerkungen über die secundäre Degeneration der Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, des centralen Narbenbündels und der Schleifenschicht. Mit 1 Taf. Arch. f. Psychiatrie, Bd. XXVIII, 1896, H. 3, S. 742—772.

Benda, Theodor: Syphilidophobie. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet, 1896, S. 1—9.

Berger, Emile: Syphilis oculaire avec l'albuminurie, pronostic et traitement. Le Progrès médical, Série III, Tome IV, 1896, No. 38, S. 189—191.

Berliner, Alfred: Lues hereditaria tarda. 2 Fälle. Allgem. medic. Centralzeitung, Jahrgang 65, 1896, No 39, S. 462—463.

Berliner, Alfred: Sclerosis der Wange (extragenitale Infection), Sclerosis labii superioris, Lues maligna. Ebenda S. 463, 1 Abb.

Berliner, Alfred: Therapeutische und casuistische Mitteilungen. Allgemeine medicin. Centralzeitung, Jahrgang 65, 1896, No. 38, S. 444 bis 451, No. 39, S. 461—462, No. 40, S. 474—475, No. 41, S. 486—488. Mit 4 Figuren.

Bernardbeig et Dubarry: Syphilide de la paupière supérieure guérie par le traitement ioduré et suivie d'accidents cérébraux traités sans succès par l'iodure et les frictions mercurielles et guéris par les injections hypodermiques de cyanure de mercure. Normandie médic. 1896, Mars.

*Besnier, E.: Ulcération chancriformes du sein. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 193-194.

de Beurmann et Claude: De l'érytème nerveux d'origine syphilitique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 485—506.

Boeck, C.: Behandlung recenter Syphilis mit tertiär-syphilitischem Serum. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band 35, 1896, Heft 3, S. 387—408.

Bohnstedt, Friedrich: Ein serpiginös-ulceröses Syphilid combinirt mit Carcinom. 3 H. Neisser's stereoskopisch-medicinischer Atlas, Folge 7, Lieferung 3, 1896.

Bossard, Gustav: Ueber seltene Formen der Quecksilbervergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Exantheme nach innerlicher Anwendung. Zürich 1896, 8°. 94 Seiten. Inaug.-Dissert.

Bosse, Bruno: Ueber die interstitielle Keratitis hereditär-luetischer Natur und ihren Zusammenhang mit Gelenkaffectionen. Archiv für Kinderheilkunde, Band XX. 1896, Heft 3/4, S. 161—201.

Bramwell, Byron: A Case of congenital Syphilis. Transactions of the med.-chirurg. Soc. of Edinburgh. New Ser., Vol. XIV, 1895 u. 1896, S. 60.

Brasch, Martin: Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XVIII, 1896, Heft 5 u. 6, S. 418—437. Mit 2 Abbild. und 1 Tafel.

Branet, J.: Observation de myélite syphilitique, signe précoce. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 8/9, S. 1093 bis 1095.

Brewer, George Everson: Clinical and pathological Report of a Case of cerebral Syphilis. The Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 168, S. 338—349, with 1 Figur.

Brouardel, Georges: Contagion hospitalière de la syphilis. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 8/9. S. 1055—1057.

Brouardel, Georges: Deux cas d'anévrysmes syphilitiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 749—753.

Brouardel, Georges: Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 8/9, S. 1057—1058.

*Bruck, Alfred: Zur Syphilis des äußeren Ohres. Baginsky's Poliklinik für Ohren-, Nasen- u. Halskrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift, Jahrgang 33, 1896, No. 8, S. 160—162.

Brunsgaard, E.: To tilfallde af Ulnar nevrit red sekundaer syfilis. Norsk Magazin for laegevidenskaben, Aarig., 3 J., 1896, No. 4, S. 370—374.

Bunch, J. L.: A Case of bilateral Paralysis of the Abductors of the oveal Cords due to Syphilis. The Lancet 1896, Vol. I, No. IX, 3783, S. 544—546.

Buret F.: Syphilis in the Middle Age and in modern Times. Translat. T. 2 and 3. Philadelphia 1896. XXVI, 289 S., with Figur.

Canuet: Syphilis acquise infantile. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 5, S. 743—734.

Canues: Syphilis maligne. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 6, S. 878 bis 880.

Canues et Bararch: Syphilis maligne précoce. Ibidem S. 880—882.

Canuet: Chancres indurés multiples. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 8/9, S. 1078—1079.

Casoli, Vinc.: Il sifiloma del meato dell' uretra maschile e le sue consequenze tardive par la stenosi del medesimo. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1896, Fsc. 3, 16 S.

*Caspary: Zur Genese der hereditären Syphilis. Vortrag, gehalten im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. am 8. April 1895. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XXXIV, 1896, Heft 1, S. 1—20.

Cassirer, Richard: Ein Fall von Lues cerebrospinalis. Aus dem Laboratorium von H. Oppenheim. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band IX, 1896, Heft 1/2. S. 99—113.

Cathcart, C. W.: Two Cases illustrating ulcerative Forms of secondary Syphilis. Transactions of the med.-chirurg. Soc. of Edinburgh. New Serie, Vol. XIV, 1895/1896, S. 39.

Cathcart, C. W.: Two young Men with venereal Warts. Ibidem S. 200.

Collin, Rudolf: Ueber einen Fall von syphilitischer Spinalparalyse. Berlin 1896, 8°, 38 S. Inaug.-Diss.

Collings, Howard Paxton: Report of a Case of Reinfection of Syphilis. The Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases. Vol. XIV, 1896, No. 167, S. 308 bis 309.

Colombini, P.: La diagnose bacteriologica dell' ulcera venerea. Gazz. degli Ospedali, Anno XVII, 1896, No. 25.

Cooper, Arthur: Snuffles in acquired Syphilis. British medical Journal 1896, No. 1833, S. 463.

Coutts, J. A.: The Hunterian Lectures on infantile Syphilis delivered at the Royal College of Surgeons of England. British medical Journal 1896, No. 1843, S. 1025—1027.

Coutts, J. A.: The Hunterian Lectures on infantile Syphilis. The Lancet 1896, Vol. I, No. XVI, Whole No. 3790, S. 1043—1047; No. XVII, 3791, S. 1115—1120.

Coutts, J. A.: Maternal Syphilis. The Lancet 1896, Vol. I, No. XIX, 3793, S. 1310—1311.

*Danlos: Syphilis mutilante d'origine infantile. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 368—370.

Danlos: Chancre de la lèvre. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 5, S. 718—719.

Danlos: Syphilis mutilante de la face simulant la scrofule. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 6, S. 869.

*Darier, J.: Epididymite syphilitique secondaire. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Année VII, 1896, No. 1, S. 38—39.

Delahaye, Hector: De l'épididymite syphilitique tertiaire. Lyon 1896, Rey, 4°, 59 S.

Dejerine, J. et Thomas, A.: Sur l'état de la moelle épinière dans un cas de paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial d'origine syphilitique. Comptes rendus hebdomadaires de la société de biologie. Série X, Tome III, 1896, No. 23, S. 675—679.

Donner, H.: Ueber Spätformen von angeborener Syphilis (Syphilis congenita tarda) in Form einer Casuistik. Leipzig 1896, W. Schwabe. 8⁰, X, 186 S.

Dötsch, Adolf: Ueber Combinationen von Syphilis und Tuberculose. Jena 1896, 8⁰, 36 S. Inaug.-Dissert.

Du Castel: Gommes syphilitiques. Atrophies musculaires multiples. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896, No. 8/9, S. 1079—1080.

*Du Castel: Synovites syphilitiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII. 1896, No. 2, S. 192—193.

*Du Castel: Ulcération chancriforme chez un ancien syphilitique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 363—365.

Du Cazal: Observation de syphilis cérébro-spinale précoce. Gazette du hôpitaux, Année 69, 1896, No. 69, S. 702—704.

Durand, Victor: Sur un cas d'épididymite syphilitique tertiaire. Clermont 1896, 8⁰, 3 S.

Durand, Victor: Chancre simple perforant du prépuce. Clermont 1896, 8⁰, 3 S.

Duvivier, G.: La méthode préventive dans les affections vénériennes. Paris 1896, Dary, 8⁰, 32 S.

*Emery, E.: Gomme du sein. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 1, S. 60—63.

*Emery et Sabourand: Chancre mou de la langue. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Année VII. 1896, No. 2, S. 198 bis 201.

*Erb, W.: Syphilis und Tabes. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrgang 36, 1896, No. 11, S. 225—227.

Erkrankung, gummöse, des äußeren Genitale. Elephantiasis der Vulva. Heilung. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III. 1895/1896, S. 614.

Etienne, G.: Des injections de thymol-acétate de mercure dans le traitement de la syphilis Revue médic. de l'état 1896, mars.

Etienne, G.: Adénopathie casieuse. syphilitique consécutive à l'adénopathie généralisée de la syphilis secondaire, évolution suraigue. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896, No. 5, S. 712—716.

Eudlitz et Barasell: Syphilis acquise dans la première enfance. infantilisme consécutif. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 521—522.

Eudlitz: Die subcutane Behandlung der Syphilis. Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, Jahrg. XLI. 1896, No. 31, S. 317—318.

Eudlitz: Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896, No. 6. S. 883—884.

Evans, T. C.: Chancre of the Tonsil and Tongue with Report of four Cases. Medical News, Vol. LXVIII. 1896, No. 19, 1217, S. 519—521.

Exanthem, groß- und kleinpapulöses, zum Teil ulcerös, bei einem Individuum mit Scrophuloderma und Tuberculosis verrucosa cutis. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III. 1894/1896. S. 670—673.

Eysel, Willy: Extragenitale Syphilisinfection bei Glasbläsern, beobachtet an 17 Fällen. Göttingen 1896, 8⁰, 47 S. Inaug.-Dissert.

Favre, Alexander und Barbezat, D. L.: Der Bacillus des gangränösen Schankers und der Bacillus des Hospitalbrandes. Pathogenese und Therapie. Favre's Labor. in Chaux de Fonds. Mit 1 Tafel. Archiv für pathologische Anatomie. Band 145, 1896, Heft 2, S. 404 bis 421.

Feulard, H.: Stigmates de syphilis héréditaire. Cicatrices labiales. Kératites, altérations dentaires. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896. No. 8/9, S. 1050—1052. 1 Figur.

Feulard, H.: Accidents de syphilis tertiaire chez une enfant de 5 ans et demi-destruction d'une partie de voile du palais, destruction d'une partie du nez, syphilis méconnue. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 8/9, S. 1052—1053.

Feulard, H.: Durée de la période contagieuse de la syphilis. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 8/9, S. 1025—1048.

Feulard, H.: Ueber die Dauer der contagiösen Periode der Syphilis. Vortrag, gehalten am III. internationalen Congreß für Dermatolog'e und Syphilidologie in London. August 1896. Wiener klin. Rundschau, Jahrgang X, 1896, No. 33, S. 561—563, No. 34, S. 579—580, No. 35, S. 594—595, No. 36, S. 610—612, No. 37, S. 631—632.

Fontaine, Paul: Coup d'oeil sur l'histoire du traitement mercuriel de la syphilis. Paris 1896, Ollier-Henry. 4°, 61 S.

Fournier: Pseudolupus syphilitique (le calomel a-t-sil action sur le lupus?). Ann. de derm. et de syphil., Tome VII, 1896, No. 6, S. 854—856.

Fournier: Syphilose cérébrospinale. Deux ictus syphilitiques. Méningomyélite cervicale supérieure. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 6, S. 852—854.

Fournier, A.: Dermatite exfoliante généralisée d'origine mercurielle? Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII. 1896, No. 1, S. 46—47.

*Fournier, A.: Sur une variété de syphilis médullaire. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII. 1896, No. 3, S. 380—385.

Fournier: Pseudolupus syphilitique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896, No. 8/9, S. 1080.

Fournier: Syphilis héréditaire tardive chez une malade agée de 53 ans. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896, No. 5, S. 728—731.

Fournier et Gaston: Syphilis tertiaire, pseudorhumatisme infectieux. Cachexie syphilitique. Mort. Autopsie. Endocardite végétante mitrale, cirrhose hépatique embryonaire, pseudosyphilomes du rein droit et de la rate, infiltration sanguine et leucocytique diffuses rénale et splénique. Septicémie syphilitique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896, No. 4, S. 591—596.

Fricke, Carl: Ueber die Lues der Neugeborenen. Berlin 1896, 8°, 27 S. Inaug.-Dissert.

Galezowski: Des artérites syphlitiques rétiniennes avec thromboses consécutives. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 6. S. 852.

Galezowski: A propos de la discussion sur les injections hypodermiques mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis. Ann. de derm. et de syphil., Année VII, 1896, No. 3. S. 347—349.

Gaston, P.: Deux cas de dysidrose palmaire (dysidroses syphiloide et vésiculo-bulleuse). Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII. 1896. No. 6. S. 864—865.

Gaston: Sur une érythrodermie à évolution et caractères anormaux (syphilides desquamatives en nappes généralisées au dermatite exfoliatrice). Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896, No. 5, S. 736—737.

Gaston et Barasch: Syphilis héréditaire. Arrêts de développement multiples infantilienne Ibidem S 734—736.

Gaston et Baron: Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896, No. 4. S. 652—653.

Gaucher et Touvenaint: Ulcères annamites. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Année VII, 1896, No. 1, S. 41—44.

Geschwüre, mercurielle, die das Bild der Syphilis trüben. Vorbereitungskur, dann Einreibungen. Heilung. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 900—901.

Giglio, Giuseppe: Relazioni eziologiche fra mostruosità . . . sifilide ed altre infezioni, desunte da studi anatomo-clinici . . . . Atti della societa italiana di ostreticia ginerologia. Vol. II, 1896.

Gilles de la Tourette: La syphilis héréditaire de la moëlle épinière. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Année IX, 1896, No. 2, S. 80—92.

Gilles de la Tourette: La syphilis héréditaire de la moelle épinière. Bulletin de l'académie de médecine, Série III, Tome XXXV, 1896, No. 19, S. 491.

*Glück, Leopold: Tabes dorsalis und Syphilis. Wiener medicinische Wochenschrift, Jahrgang 46, 1896, No. 7, S. 251—255.

*Goldenberg, S.: Syphilitische Reinfection. Eschenedelnik 1895/96, No. 37 (russisch).

Grande, Emanuele: La ptosi della palpebra superiore come segno di sifilide cerebrale. Gazzetta degli ospidali, Anno XVII, 1896, No. 27.

Guitéras, Ramon: The general Treatment of Syphilis in private Practice. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 804 bis 808.

Haberer, Karl Albert: Ueber die Beziehungen der Lues zur Tabes dorsalis. Würzburg 1896, 8°, 30 S. Inaug.-Dissert.

Hämorrhagien in den Infiltraten eines schweren papulo-pustulösen Syphilides. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrgang III, 1894/1896. S. 902.

Hahn R.: Ueber extragenitale Primäraffecte. Abteil. f. Hautkrankheiten und Syphilis. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten, Band IV, Jahrg. 1893/94. 1896, S. 481—517.

*Hallopeau, H.: Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3. S. 394—397.

*Hallopeau, H. et Bureau, G.: Sur une syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 378—380.

Hanot, V. et Meunier, Henri: Gomme syphilitique double de la moëlle épinière ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral avec dissociation syringomyélitique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Année IX, 1896. No. 2, S. 49—79. 1 planche et figur.

*Hansemann, David: Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis. Vortr. i. d. medic. Ges. in Berlin. Berliner klinische Wochenschrift. Jahrgang 33, 1896, No. 11, S. 236 bis 237.

Harding, George F.: A Case of Syphilis in Mother and Child with unusual History. Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXV, 1896, No. 4, S. 85—87.

Heath: Geriefte und syphilitische Zähne. Correspondenzblatt für Zahnärzte, Bd. XXV, 1896, Heft 3, S. 231—236.

Heath: Honeycombed and syphilitic Teeth. Dental Record, Vol. XVI, 1896, S. 107—113.

Hektoen, Ludwig: On a Case of multiple Foci of interstitial Myocarditis in hereditary Syphilis. Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. III, No. 4, 1896. S. 472.

*Heller, Julius: Ueber ein der Polyneuritis mercurialis (Leyden) ähnliches, experimentell bei einem Kaninchen erzeugtes Krankheitsbild. Mit 3 Abbild. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Georg Lewin gewidmet, 1896, Seite 31 bis 39.

Heller, Edwin A.: Syphilis of the Nose, Nasopharynx and Throat. Philadelphia Policlin., Vol. V, 1896, No. 24, S. 231.

Herrick, James B.: Polymyositis acuta with Report of Case presumably of syphilitic Origin (Myositis syphilitica). The American Journal of medical Sciences, Vol. CXI, 1896, No. 9, 288, S. 414 bis 430.

*Herter, Christian A.: Cerebrospinal-Syphilis. Journal of nervous and mental Diseases, Vol. XXI, 1896, No. 2, S. 119.

*Herxheimer, Karl: Zur Technik der endermatischen Syphilisbehandlung. Therapeutische Monatshefte, Jahrgang X, 1896, Heft 2, S. 74—77.

Hünicken: Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrg. 22, 1896, No. 3, S. 46—47.

Hyde, St. N. A.: Montgomery, A Manual of Syphilis and the venereal Diseases. London 1896, 8°, 618 S.

Jadassohn, J.: Syphilis cornea verrucosa plantaris (und Syphilis cornea subungualis). 6 S. Neisser's stereoskopisch-medicinischer Atlas Folge 7, Lieferung 3, 1896.

Infiltrate, gummöse, beiderseits an der Wange und den Processus nasales links den Thränenweg comprimirend. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 665—666.

Infiltrate, gummöse der Urethra. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 668—669.

Ingria, Vittorio Emanuele: Un caso di paraplegia sifilitica. Gazzetta degli Ospedali, Anno XVII, 1896, No. 31.

Joseph, Max: Ueber extragenitale Syphilisinfection. Mit 1 Tafel. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet 1896, S. 65—72.

Joseph, Max: Haut- und venerische Krankheiten. Jahrbuch für practische Aerzte, Jahrg. 1896, S. 486 bis 520.

Issaly Léon: Contribution à l'étude de la syphilis dans les campagnes. Son développement, ses modes d'introduction et de transduction. Paris 1896, G. Carré, 4°, 32 S.

*Jullien, L.: Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis. Archives générales de médecine 1896, Mai, S. 513—535.

*Jullien, L.: Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 171—188.

*Jullien, L.: Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, 8°, 20 S.

Jullien, L.: Un cas de leucoplasie linguale. Avec 1 figure. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 201—204.

Jullien: Curabilité de la syphilis pigmentaire. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 608—609.

Jullien, Louis: Injections de calomel dans le traitement de la syphilis. Paris 1896, Asselin et Houzeau, 8°, 25 S. avec figur.

Justus, Fr. J.: Syphilis, Wesen, Heilung und Vorbeugung. Leipzig 1896, M. Spohr, 8°, 72 S.

Kabierschke, A.: Ueber die acuten Nierenerkrankungen im Frühstadium der Lues und ihre Behandlung. Breslau, 1896, Schletter, 8°, 30 S., eine graph. Taf.

Kalmus, Ernst: Transitorische Geistesstörung bei heftigen Kopfschmerzen in Folge luetischer Schädelaffection. Prager medicinische Wochenschr., Jahrg. XXI, 1896, No. 35, S. 387, 389.

Knight, Charles: The Sequelae of Syphilis and their Treatment. The New York medic. Journ., Vol. LXIV, 1896, No. 12, 929, S. 379, 383.

Koch, Joseph: Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankung des Oberkiefers. Greifswald, 1896, 8°, 25 S.; Inaug.-Diss.

Krefting, Rudolf: Ekstragenitale Ulcera mollia. Norsk Magaz. for Laegevidensk., Bd. IV, D. XI, 1896, S. 198.

Lamy, Henri: Note à propos des lésions vasculaires dans la syphilis des centres nerveux. Revue neurologique, Année IV, 1896, No. 2, S. 34.

Lang, Ed.: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 2. Aufl., Abth. 2. Wiesbaden, 1896, J. F. Borgmann, 8°, XIV u. S. 573 bis 937; XXXI mit 38 Abbild.

Lang, E. und Nobl G.: Venerisches Geschwür und Syphilis. Ergebnisse der allgem. Aetiologie der Mensch- und Thierkrankheiten. Von O. Lubarsch und R. Ostertag. Abth. I, 1896, S. 689, 696.

Lang, E.: Wie sollen wir uns vor venerischen Krankheiten schützen? Klinikai füzet., 1886, No. XII (ungarisch).

Larrieu, J. F.: Guérison radicale de la syphilis, un traitement simple et efficace de la blennorrhagie aigue. Paris, 1896, 8°, 43 S.

Laugier, Henri: Des lésions du cordon ombilical et en particulier des lésions syphilitiques. Paris, G. Steinheil, 4°, 133 S.

*de Lavarenne, E.: Traitement de la syphilis par les injections d'huile ou biiodure de mercure. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 322 bis 331.

Legrain: Syphilis héréditaire tardive. Syphilomes chancriformes de la verge. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII, 1896. No. 6, S. 884—886.

Lenz, J.: Syphilis insontium. Wien. klin. Rundschau, Jahrg. X, 1896, No. 39, S. 660, 662; No. 40 S. 679, 681.

*Lenz, J.: Fünf Fälle extragenitaler Syphilis. Böhm. dermatol. Klinik von Janowsky in Prag. Wien. klin. Rundschau, Jahrg. X, 1896, No. 5, S. 69—71; No. 6, S. 91—93; No. 7, S. 113—114.

*Le Pileur: Des injections intramusculaires d'huile grise. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 152 bis 160.

Lesser, E.: Unter welchen Umständen dürfen Syphilitische heirathen? Therap. Monatsh., Jahrg. X, 1896, Heft 8, S. 431—434.

Lewin: Fall von Psoriasis vulgaris et syphilitica. Dermatol. Zeitschr., Bd. IV, 1896, Heft 1, S. 92.

Liebmann, Albert: Remittirende Aphasie in Folge von Gehirnlues. Med. pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkunde, 1896, Heft 4 5, S. 129—132.

Lindsay, John: Treatment of Syphilis. Therapeut. Gazette, Vol. XX, 1896, No. 8, S. 521—523.

*Litten, M.: Ueber Lebersyphilis. Vortrag am 3. Decbr. 1893. Dermatol. Zeitschr., Bd. III, 1896, Heft 1, S 80, 84.

Lockwood, Charles Barrett: The Cases of Syphilis treated in Charity Ward from 1893 1895. Saint Bartholomews Hospit. Reports, Vol. XXXI, 1895 1896, S. 225—238.

Lues cerebri. Gestorben. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrgang III, 1894/1896, S. 1020 bis 1022.

Majocchi, Domenico: Ueber die Anwendung des Jodols bei venerischen Krankheiten. Statistisch-klinischer Beitrag. Therapeut. Monatsh., Jahrg. X, 1896, Heft 4, S. 201—205.

Mankiewicz, Otto: Die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Quecksilberinjectionen. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet. 1896, S. 118—137.

Marasmus eximius e lue hereditaria. Lues hepatis. Tod. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III, 1894/1896, S. 953—955.

Marchal: Accidents tertiaires de la syphilis du larynx et sclérose laryngée. Presse médicale, Année XLVII, 1896, No. 10.

Marchand, F.: Ueber congenitale Lebercirrhose bei Syphilis. Centralbl. für allgem. Pathologie und pathologische Anatomie, 1896, No. 7, S. 273—282.

Marmonier: Observation de syphilide tuberculo-ulcereuse géante à marche serpigineuse. Marseille médical, 1896, Avril.

Martin, Edward: The Treatment of Syphilis by hypodermic Injections of the soluble and the insoluble Preparations of Mercury. Philadelphia Policlin., Vol. V, 1896, No. 1, S. 1.

Martin, Edward: The Treatment of Buboes. Philadelphia Policlin., Vol. V, 1896, No. 12, S. 111.

Mendel, E.: Die hereditäre Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwicklung von Krankheiten des Nervensystems. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet, 1896, S. 138 bis 143.

Mesnard, L.: Sur quelques cas d'encéphalopathie syphilitique. Annales de la Policlinic de Bordeaux, Année IV, 1896, No. 8, S. 250.

Mieckley, Joh.: Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis. Dermatol. Zeitschr., Bd. III, 1896, Heft 4, S. 497—617.

Mieckley, Joh.: Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgender Buboinguinalis. Berlin, 1896, 8°, 30 S., Inaug.-Diss.

Millon, R.: Manifestations articulaires et cutanées au cours d'une syphil's heréditaire tardive. Revue des maladies de l'enfance. Année XIV, 1896, S. 183.

Moelhan, F. G.: A peculiar Case of syphilitic Infection. Buffalo medical Journal, Vol. XXXI, 1896, No. 6, DXC, S. 484—485.

Moret-Lavallée, A.: Note sur les plaques desquamatives tardives de la langue au cours de la syphilis traitée par le mercure. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 575—577.

Morrow, Prince A.: Notes on Syphilis. Syphiloma of the Nose of unusual Form and Evolution. The diagnostic Value of syphilitic Cicatrices. Extragenital Chancres, prognostic significance of professional Syphilis. Journal of Cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 4, S. 125—140 with 4 Figur.

*Mosca, Luigi: Osteoperiostite gommosa ulcerata dello sterno, con necrosi e frattura consecutiva seguita da guarigione. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1896, Fas. 2, 6 S.

Mraček, Franz: Ueber Reinfectio syphilitica. Vortrag im Wiener Doctorencollegium. Wiener klin. Rundschau, Jahrg. X, 1896, No. 2, S. 17—19; No. 3, S. 36—37, No. 4, S. 53—54.

*Müller, Georg, J.: Zwei neue Quecksilbersalben. Deutsche Medicinalzeitung, Jahrg. XVII, 1896, No. 6, S. 59.

Nekrose, syphilische, des linken Thränenausganges und des harten Gaumens. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1896, S. 664—665.

Neumann, Isidor: Syphilis. Specielle Pathologie und Therapie, h. v. Herm. Nothnagel, Band 23, Hälfte 2, Wien, 1896, A. Hölder; S. XVI, 928 ff., 60 Abbild.

Neumann: Die syphilitischen Erkrankungen der Muskeln und ihrer Anhänge. Klinische Vorlesung. Allgem. Wiener med. Ztg., Jahrg. XLI, 1896, No. 24, S. 267—268; No. 25, S. 279—280; No. 26, S. 291 bis 292; No. 27, S. 301—302.

Neumann, J.: Die Syphilis der Vagina, des Uterus und seiner Adnexe. Jahrb. der Wiener k., k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894 u. 1896, S. 591—606.

Neumann, J.: Ueber Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894 u. 1896, S. 609—614.

Neumann, J.: Syphilis des Oesophagus. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet. 1896, S. 144—148.

Neumann: Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf die Behandlung. Wiener klin. Rundsch., Jahrg. X, 1896, No. 1, S. 2 u. 3; No. 2, S. 19—21; No. 3, S. 37—38.

*Nielsen, Ludwig: Circinate syfilitiske Erytemer. Hospital Tidende B. IV, Deel IV, 1896, No. 11, 12.

*Nielsen, Ludwig: Circinäre syphilitische Erytheme (Neurosyphilide Unna) Monatsh. für pract. Dermatol., Bd. XXII, 1896, No. 10, S. 500—516; No. 11, S. 555 bis 567.

van Niessen: Weiteres über das Syphiliscontagium. Wiener med. Wochenschr., Jahrg. 46, 1896, No. 36, S. 1526—1565; No. 37, S. 1606 1667; No. 38, S. 1646—1648; No. 39, S. 1686—1689; No. 40, S. 1722—1726.

van Niessen: Der Syphilisbacillus. Wiesbaden, 1896, J. F. Borgmann, 8⁰. 4 lithogr. Taf. u. 1 Heliogravüre.

Ogilvie, George: Should a healthy Mother suckle her congenital syphilitic Child? The Lancet 1896, Vol. I, No. XXVI, Whole No. 3800, S. 1791—1792.

Olivari, P.: Alcuni casi di sifilide grave terziaria. studiati clinicamente e nello stato del sangue in rapporto alle cellule granulose, acidofile e basofile. Giornale della malattie veneree e della pelle. 1896, Fsc. 2, 24 S.

Oppenheim, H.: Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Specielle Pathologie und Therapie, herausgeg. von Herm. Nothnagel. Bd. IX, Teil 1. Abt. 3, Lieferg. 2. Wien 1896, A. Hölder. 8⁰. 196 S.

Oppler, Paul: Syphilis ulcerosa, 2 S. Neißer's stereoskopisch-medicinischer Atlas, Folge 7, Lieferung 3, 1896.

*Orlowsky, S.: Contribution à l'étude de la syphilis médullaire. Clinique des maladies du système nerveux à l'univers. impér. de Moscou. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII. 1896, No. 2, S. 139—151.

*Orlowsky, S.: Zur Lehre von der Syphilis des Rückenmarks. Wratsch 1896, No. 3—5 (russisch).

Ostwalt: Cas typique de gomme du corps ciliaire avec remarques sur les tumeurs syphilitiques de la partie antérieure du tractus uvéal en général. Revue générale d'ophtalmologie 1896, No. 3, S. 97.

Ostwalt: Cas typique de gomme du corps ciliaire avec remarques sur les tumeurs syphilitiques de la partie antérieure du tractus uvéal en général. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Année VII. 1896, No. 1, S. 23—32.

Owings, Edward R.: Report of a Case of phagedenic Chancroid. Journal of cutaneous and genitourinary Diseases. Vol. XIV, 1896, No. 6, 165, S. 229—230.

P.: Ein Fall von extragenitaler Syphilis. Wiener klinische Rundschau. Jahrg. X. 1896. No. 7. S. 115.

Papeln, serpiginös angeord. Facialisparese links. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III. 1894 : 1896, S. 662—663.

Papeln, nässende, am äußeren Genitale circa anum, an der Schleimhaut der Unterlippe, die Papeln an der letzten Stelle in Carcinom der Unterlippe übergehend. Lymphadenitis inguinalis. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894 : 1896, S. 673—674.

Parker, Robert William: Is inherited Syphilis contagious? Edinburgh medical Journal 1896, No. 492, S. 1124—1131.

Pellizari, C.: Sul valore relativo dei segni della sifilida ereditaria tardiva. Settimana medica dello Sperimentale, 1896, März.

Petersen, W.: Det par tilfälde af circinate syfilitiska erytemer. Hospital Tidende R. IV, Deel IV, 1896, No. 5.

*Petričic, B.: Erfahrungen über Syphilis. Nach Beobachtungen an der Landbevölkerung in Dalmatien. Wiener medicinische Wochenschr., Jahrg. 46, 1896, No. 9, S. 349—351.

Petrini (de Galatz): Zur Syphilisfrage. Monatshefte für practische Dermatologie. Band XXII, 1896, No. 5, S. 229—231.

Pochhammer, Conrad: Ueber Aetiologie der Myelitis, speciell in ihren Beziehungen zur Syphilis. Berlin 1896. 8⁰. 32 S., Inaug.-Diss.

*Pollak, Alexis: Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrg. 22, 1896, No. 2, S. 28.

Portalier, P.: Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. Exposé des résultats de 400 injections. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 3, S. 299—308. Fournier, Commentaire S. 308—312.

Post, Abner: Intrauterine Infection of Syphilis. Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXV, 1896, No. 14, S. 77—81.

Prætorius, A.: Un cas de pleurésie syphilitique. Belg. médic., Année III, 1896, No. 5, S. 137.

Proksch, J. K.: Dritter Protest gegen Isidor Neumann's Geschichtsschreiberei über Syphilis. Bonn 1896, P. Hanstein, 8⁰, 32 S.

Proksch, J. K.: Zur neuesten Geschichtsschreibung über Syphilis. Monatshefte für practische Dermatologie, Band XXIII, 1896, No. 3, S. 139—149.

*Puschmann, Th.: Die Syphilis in Europa vor der Entdeckung Amerika's. Wiener medicin. Wochenschrift, Jahrg. 46, 1896, No. 23, S. 1001—1004, No. 24, S. 1062 bis 1066, No. 25, S. 1113—1116.

Radaeli, Francesco: Sul modo di comportarsi dei globuli bianchi nella sifilide. Policlinico Anno III, 1896, No. 12, S. 265.

Raff, Julius: Zur Statistik der tertiären Syphilis. Archiv für Dermatologie u. Syphilis, Bd. XXXVI, 1896, Heft 1 2, S. 7, 39.

Reiß, Wladislav: Ein Fall primärer Syphilis der Conjunctiva. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXV, 1896, Heft 1, S. 19 bis 23.

*Rey et Jullien, L.: Traitement de la syphilis au Dispensaire municipal de la ville d'Alger pendant l'année 1895. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 3, S. 320—322.

Richter, Paul: Beiträge zur Jodmedication. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Georg Lewin gewidmet, 1896, S. 159—164.

Rille, J. H.: Ueber Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrgang III, 1894/1896, S. 606—608.

Rille, J. H.: Ueber Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. Klinik von J. Neumann in Wien. Wiener medicin. Presse, Jahrgang XXXVII, 1896, No. 3, S. 89. bis 95, No. 4, S. 133—136, No. 5, S. 175—178, No. 6, S. 215—218.

Rille, J. H.: Ueber Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol. Aus J. Neumann's Klinik in Wien. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXIV, 1896, Heft 2, S. 253—274.

Ritter, P.: Früher durchgemachte Lues als Grund gleichzeitiger schwerer Complicationen beim Durchbruch des oberen und unteren Weisheits-Zahnes. Deutsche Medicinalzeitung, Jahrgang XVII, 1896, No. 72, S. 768—769.

Robinson, H. Betham: Syphilitic Joint Disease in Children. British medical Journal 1896, No. 1846, S. 1191—1193.

Róna, S.: Ein Fall von Syphilis mit consecutiver multipler Knochenfractur. Mit 1 Taf. Städt. Filialspital, Budapest. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. XXXV, 1896, Heft 1, S. 61—66.

Rosenthal, O.: Erytheme bei Syphilis. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Georg Lewin gewidmet, 1896, S. 165—178.

*Rosin, Heinrich: Acute Myelitis und Syphilis. III. medicin. Klinik von Senator. Zeitschrift für klin. Medicin, Band 30, 1896, Heft 1 u. 2, S. 129—172.

Roß, Frank W.: Js Syphilis Antagonistic to Tuberculosis? Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 7, 1319, S. 228.

Rudolph: Ueber den Heilwert des Erysipels bei Syphilis. Centralblatt für innere Medicin, Jahrg. XVII, 1896, No. 5, S. 124—127.

Ruge, Reinhold: Syphilis und Malaria. Monatshefte für practische Dermatologie, Band XXII, 1896, No. 7, S. 333—338.

Saalfeld, E.: Ueber Europhen. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet. 1896, S. 179—183.

*Scarenzio, A.: Un coup d'oeil rapide sur le traitement de la syphilis au moyen des injections de calomel. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. No. 3, S. 317—320.

Schiffmacher, Jakob: Ueber die syphilitische Erkrankung der Lunge. Berlin 1896, 8°, 51 S. Inaug.-Diss.

Schoenfeld, Moriz: Ueber Ulcera contagiosa in der Harnröhre (Harnröhrenschanker). Abt. von Josef Grünfeld i. d. allgem. Poliklinik in Wien. Wiener medicin. Wochenschrift, Jahrgang 46, 1896, No. 25, S. 1105—1108. 2 Figuren.

Schübel, Franz: Ueber tuberöse Hautsyphilis. Dermatolog. Zeitschrift, Band III, 1896, Heft 2, S. 185—193.

Schwab, Albert: De la syphilis du placenta. Orléans 1896, 4°, 182 S.

*Schwyzer, Fritz: Sectionsbericht zu Seifert's Fall von syphilitischer Bronchostenose. Münchener medicinische Wochenschrift, Jahrg. 43, 1896, No. 15, S. 337—338.

Schulte, Joseph: Ueber Lues des Centralnervensystems. Kiel 1896, 8°, 39 S. 1 Doppeltafel. Inaug.-Dissert.

Shaw-Mackenzie, John A.: Maternal Syphilis. The Lancet 1896, Vol. I, No. XVI, Whole No. 3790, S. 1094—1095.

Shaw-Mackenzie, John A.: Maternal Syphilis. The Lancet 1896, Vol. I, No. XXI, Whole No. 3795, S. 1457.

*Shillitoe, Arthur: Eighteen Cases of indurated Pseudochancres. Lancet 1896, Vol. I, No. XXII, Whole 3796, S. 1479—1483.

*Silex, P.: Pathognomische Kennzeichen der congenitalen Lues. Univers.-Augenklinik zu Berlin. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrg. 33, 1896, No. 7, S. 139—142. 2 Abbild., No. 8, S. 162—165, mit 6 Abbild.

Simpson, William K.: The Sequelae of Syphilis of the Larynx and their Treatment. The New-York medical Journal, Vol. LXIV, 1896, 12, 929, S. 391—393.

Skladny, Richard: Ueber das Auftreten von glatter Atrophie des Zungengrundes in Folge hereditärer Lues. Berlin 1896, 8°, 30 S. Inaug.-Dissert.

Soto: Taquicardia en un sujeto sifilitico y peludico. Gaceta medica da Costa Rica, Vol. I, 1896, No. 2, S. 33.

Spencer, Walter G.: On the Inefficacy against early Syphilis of Jodide of Potassium when administrated alone. The Lancet 1896, Vol. I, No. XIX, 3793, S. 1282—1283.

Speransky: Zur Frage über den diagnostischen Wert der Perforation der Nasenscheidewand bezüglich der Syphilis. Dermatologische Zeitschrift, Band III, 1896, Heft 1, S. 97—98.

*Spillmann, P. et Etienne, G.: Pleurésie syphilitique du stade roséolique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 213—215.

Spillmann, P. et Etienne, G.: Pleurésie du stade roséolique de la syphilis. Revue médicale de l'Est 1896, Mars.

Spillmann, P. et Etienne, G.: Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 637—641.

v. Starck: Zur Kenntnis der Myelitis acuta luetica. Medic Univers.-Poliklinik in Kiel. Münchener medicinische Wochenschrift, Jahrgang 43, 1896, No. 8, S. 173—175.

Steeg: Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer. Action rapide du traitement mixte. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Année VII, 1896, No. 1, S. 40—41.

Steidl, Karl: Ein Fall von hereditärer Lebersyphilis. München 1896, 8°, 18 S. Inaug.-Dissert.

Steven, John Lindsay: On a Series of Cases illustrating the Influence of Syphilis in the sudden Production of alarming Disorders of the nervous System. The Glasgow medical Journal, Vol. XLVI, 1896, No. 4, S. 241—263.

Sticker, Georg: Atrophie und trockene Entzündung der Häute des Respirationsapparates, ihre Beziehung zur Syphilis. Metasyphilitische Xerose im Bereich der Atmungsorgane. Deutsches Archiv für klin. Medicin, Band 57, 1896, Heft 1/2, S. 118—162.

Storbeck, August: Tabes dorsalis u. Syphilis. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 29, 1896, Heft 1/2, S. 140—173.

Storbeck, A.: Zur Richtigstellung und Abwehr in der Tabes-Syphilis-Frage. Berl. klin. Wochenschrift, Jahrg. 33, 1896, No. 28, S. 638—640.

Strübing: Ueber Athetose bei Lues. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXIII, 1895/1896, Heft 3, S. 409—414.

Syphilid, papulo und papulöses am Stamme. Psoriasis palmaris. Hornig entartetes papulöses Infiltrat (Keratoma lueticum) an der rechten Ferse. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrgang III, 1894/1896, S. 661—662.

Syphilid, maculo-papulöses. Exulcerirte Sclerose am phimotischen Präputialsaume. Lymphstrangsclerose. Scleradenitis inguinalis beiderseits. Ebenda S. 663—664.

Syphilis der Leber, Lunge, des Darmes, ein Neoplasma vortäuschend. Tod. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894 bis 1896, S. 848—849.

Syphilis maligna. Gummata cutanea, pharyngis, laryngis Oesophagi. Tod. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 614—616.

*Tarnowsky, B.: Serotherapie als Heilmittel der Syphilis. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XXXVI, 1896, Heft 1/2, S. 63—93.

Taylor, R. W.: The Pathology and Treatment of veneral Diseases. 230 Illustrat. and 7 colour. Plates. London 1896, Pentland, 8°, 1002 S.

Terrile, Eug.: Sifilide cerebrale. Clinica di G. Maragliano. Cronaca della clinica medica di Genova 1896, Punt. 14—15, 6 S.

*Thibierge, Georges: Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis. Des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise et des indications générales de la méthode des préparations insolubles. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 2, S. 162—169.

Thornton, Pugin: Indurated Pseudo-Chancres. The Lancet 1896, Vol. I, No. XXIV, 3793, S. 1673.

Thuillié, F.: Contribution à l'étude de l'hydrocèle syphilitique, son traitement chirurgical. Toulouse 1896, Saint Cyprien, 4°, 63 S.

Tissier, Paul: De la syphilis du nez. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 20, S. 187—194, No. 23, S. 219—223.

Tommasoli: Sifilide e sifilismo. Riforma medica, Anno XII, 1896, No. 93/94.

*Touton: Ueber einige Fragen in der Syphilisbehandlung. Zeitschrift für practische Aerzte, Jahrg. V, 1896, No. 1.

Ulcera gummosa serpiginosa der Glans und der Corpora cavernosa penis. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrgang III, 1894/1896, S. 669—670.

Verlauf, rapider, der Syphilis in dem ersten Halbjahre. Rupia. Gelenkaffectionen. Nierenreizung. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894/1896, S. 902—903.

*Virchow, Rudolf: Beitrag zur Geschichte der Lues. Anrede an Lewin am 12. Nov. 1895. Dermatologische Zeitschrift, Band III, 1896, Heft 1, S. 1—9.

Waelsch, Ludwig: Ueber Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. Prager medicin. Wochenschrift, Jahrg. XXI, 1896, No. 30, S. 330—332, No. 31, S. 349—357.

Ward, Arthur, H.: Latency in Syphilis. The Lancet, 1896, Vol. I, No. VIII, 3782, S. 477—478.

*Ward, Arthur, H.: The Toxine Theory of Syphilis. The Lancet, 1896, Vol. I, No. XX, 3794, S. 1346 bis 1347.

*Ward, Arthur, H.: The Toxine Theory of Syphilis. The Lancet, 1896, Vol. I, No. XXI, 3795, S. 1422 bis 1424.

Weber, F., Parkes: Syphilis and the Aetiology of Atheroma. American Journal of the medical Sciences, Vol. CXI, 1896, No. 5, 289, S. 531—537.

Welander, Edvard: Postconceptionelle syphilitische Infection gegen das Ende der Schwangerschaft. Nordiskt medicinskt Arkiv, Ny Föld, Bd. VI, 1896, Heft 1, 10 S.

Weygandt, W.: Ein Beitrag zur Histologie der Syphilis des Centralnervensystems. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Bd. XXVIII, 1896, Heft 2, S. 457—493.

Weygandt, Wilhelm: Ein Beitrag zur Histologie der Syphilis des Centralnervensystems. Berlin 1896, 8°, 20 S. 1 Doppeltafel. Inaug.-Dissert. Würzburg.

Wiegmann, Paul: Zur Casuistik und Bedeutung der Lues hereditaria tarda. Jena 1896, 8°, 32 S., 2 Taf. Inaug.-Dissert.

Wolter: Seltener Fall einer starken Blutung in Folge syphilitischen Geschwüres der Portio. Münch. medicinische Wochenschrift, Jahrgang 43, 1896, No. 20, S. 474—475.

Wwedensky, A. A.: Die Syphilis unter den Prostituirten der St. Petersburger Bordelle. Mit 1 Taf. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 36, 1896, Heft 1/2, S. 127 bis 140.

Zambaco, Federico: Suero de sifilis latente en lesiones primarias y secundarias. Gaceta medica de Costa Rica, Vol. I, 1896, No. 2, S. 38.

v. Zeissl, M.: Ueber den gegenwärtigen Stand der Erkenntnis des Schankergiftes. Pathol.-anatom. Institut in Wien. Wiener klin. Wochenschrift, Jahrg. IX, 1896, No. 2, S. 22—25, No. 3, S. 40—44. Mit 4 Figuren.

Ziegelroth: Zur Hydrotherapie der Lues. Ein Beitrag zum sogenannten Antimercurialismus. Aus Lehmann's Sanatorium, weißer Hirsch bei Dresden. Blätter für klinische Hydrotherapie, Jahrg. VI, 1896, No. 9, 166—168.

Zur Bekämpfung der Lues. Grundriß eines Planes zum Kampfe gegen die Weiterausbreitung der Syphilis, entworfen im Auftrage der Gesellschaft inländischer Aerzte auf Grundlage des vom Medicinaldepartement des Reichs festgestellten Programms für den Allerhöchst bestätigten, im November 1896 in Petersburg abzuhaltenden Congreß zur Bekämpfung der Syphilis in Rußland. St. Petersburger medicinische Wochenschrift, Jahrgang XXI, Neue Folge XIII, 1896, No. 7, S. 51—54, No. 8, S. 59—67.

V. Penis und Präputium.

Audry, Ch.: Sur les folliculites lymphatiques du prépuce au cours de la blennorrhagie. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No. 4, S. 641 bis 643.

Boyd, Robert: Neuralgia of the Penis. Medical Record, New-York, Vol. 50, 1896, No. 6, IV, 1394, S. 208.

Crawford, F. J.: Epithelioma of the Penis. British med. Journal, 1896, No. 1828, S. 114.

Horwitz, Orville: Complete Exstirpation of the Penis for epithelial Carcinoma. The Journal of cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 167, S. 305—308. With 2 Figur.

Kaijser, Fritz: Ett fall af gangrän å penis och scrotum. Hygiea, LVIII, 1896, No. 2, S. 157.

Küttner, H.: Ueber angeborene Verdoppelung des Penis. Mit 1 Abbildung im Text. Tübing. chirurg. Klinik. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XV, 1896, Heft 2, S. 364—374.

Le Fort, René: Anomalies fistuleuses congénitales du pénis. Annales des mal. d. organes gén.-urinaires, Année XIV, 1896, No. 7, S. 624—649, avec 7 Fig. A suivre.

Le Fort, René: Anomalies fistuleuses congénitales du pénis. Suite. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 8, S. 694—728.

*O'Zoux: Deux cas de noeuds des corps caverneux. Annales des mal. des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 1, S. 38—41. Finis.
Rodman, William L.: Epithelioma of the Penis. Journal of cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 5, S. 185—186.
Róna, S.: Ein Fall von primärem gangränösen Erysipel des Penis. Miterkrankung des Hodensackes und der Hoden. Consecutive Hodenatrophie? Oligospermie. Mitteilung aus der venerischen Abteilung des städt. Filialspitales in Budapest. Archiv für Dermatologie u. Syphilis, Bd. XXXIV, 1896, Heft 3, S. 397 bis 400.
Snow, Herbert: Operations for Epithelioma of the Penis. British medical Journal 1896, No. 1830, S. 246—247.
Vopel, Woldemar: Ueber Sarcome des Penis. Halle a. S. 1896. 8°. 24 S. Inaug.-Dissert.
v. Winckel, F.: Aetiologische Untersuchungen über einige sehr seltene fötale Misbildungen. Eine angeborene Einschnürung des Penis und Atresia ani. Münchener med. Wochenschrift, Jahrgang 43, 1896, S. 428—429.

VI. Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Allen, Charles W.: Congenital Occlusion of the Urethra. Report of Operation for its Relief. Medical Record, New-York, 1896, Vol. 49, No. 23, 1335, S. 801—802.
Amas, Charles: Fistules uréthrales consécutives à un phimosis. Gaz. médicale de Paris, Année 67, 1896, Série IX, Tome III, No. 30, S. 347 bis 348.
Ancrum, G. Wayland: Hat Pin in Urethra. 1 Fig. British medical Journal 1896, No. 1843, S. 1033.
Bakó, Alexander: Eine n. Beckenbruch aufgetretene Verengerung der Harnröhre. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane, Band VII, 1896, Heft 6, S. 324—327.
Barrucco, Nicolo: Sul valore diagnostico della ricerca della temperatura locale nelle malattie dell' uretra e della prostata. Gazzetta degli ospedali, Anno XVII, 1896, No. 29.
Bénoit: Fibro-myome de l'urèthre chez la femme. Gynécologie 1896, Avril.
Bock, P.: Quelques considérations sur l'uréthrite simple. Clinique 1896, Mai.
Brian: Calculs uréthraux, infiltration d'urine. Lyon méd., Année LXXXII, 1896, S. 296.
Brittain, F. B.: Urethral Caruncle. The medical Age, Vol. XIV, 1896, No. 13, S. 392—393.
Broca: Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles. Annales de gynécologie et d'obstétrique, Tome XLV, 1895, No. 3, S. 212—218.
Brown, F. Tilden: A Case of urethro-rectal Fistula. Report of the Presbyterian Hospital of New-York, Vol. I, 1896, S. 183.
Cabot: A. T.: Five Cases of Rupture of the Urethra treated by external Urethrotomy and Suture, Boston medical and surgical Journ., Vol. CXXXV, 1896, No. 3, S. 57 bis 59.
Davis, Theo G.: Congenital Occlusion of the Urethra. Medical Record, New-York, Vol. 50, 1896, No. 10, Whole No. 1348, S. 254.
*Denison, Walter: Ueber die operative Behandlung der männlichen Epispadie und Hypospadie nach Rosenberger's Methode. Straßburg. chirurg. Klinik. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XVII, 1896, Heft 3, S. 735—750.
*Denison, Walter: Ueber die operative Behandlung der männlichen Epispadie und Hypospadie nach Rosenberger's Methode. Tübingen 1896. 8°. 15 S. Inaug.-Dissert. von Straßburg i. E.

*Dreysel, Max: Ueber die Capacität der Urethra anterior. Aus der dermatolog. Abteilung von Jadassohn am Allerheil.-Hospital in Breslau. Archiv für Dermatol. und Syphilis, Bd. XXXIV, 1896, Heft 3, S. 349 bis 355.

*Dreysel, Max: Ueber die Capacität der Urethra posterior. Ebenda S. 355—358.

Dreysel, Max: Zur Trichterbildung in der Urethra posterior. Ebenda S. 354—361.

Dunn, L. A.: Sequel to a Case of fractured Pelvis with ruptured Urethra which was published in the Guy's Hosp. Rep., Vol. XLIV; Guy's Hosp. Rep., Vol. LI, 1895, 1896, S. 1—6.

Faitout, P.: Des uréthrites non gonococciennes (étiologie, étude clinique). Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 11, S. 99 bis 104.

Fenwick, E. Henry: Clinical Lecture on Retention Cysts of Cooper's Glands as a Cause of chronic Gleet, spasmodic Stricture organic Stricture. Extravasation of Urine and socalled false Passages in the bulbous Urethra. British med. Journ. 1896, No. 1827, S. 4—6, with 5 Fig.

Fenwick, E. Henry: A Case of traumatic Rupture of the upper Wall of the membranous-prostatic Urethra behind the triangular Ligament, simulating extraperitoneal Rupture of the Bladder. Transactions of the clinical Society of London, Vol. XXVIII, 1895 1896, S. 290.

Finger, E.: Zur Anatomie und Physiologie der Harnröhre und Blase. Wiener med. Wochenschr., Jahrg. 46, 1896, No. 26, S. 1153—1158; No. 27, S. 1197—1200; No. 28, S. 1247—1250.

Frank, E. R. W.: Ein Fall von Urethraldefect infolge eines phagedänischen Schankers. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet, 1896, S. 152—155.

Franz, Karl: Ueber die Bacterien der normalen männlichen Urethra und deren Einfluß auf den Keimgehalt des normalen Harnes. II. medic. Klinik von E. Neusser in Wien. Wiener klin. Wochenschr., Jahrg. IX, 1896, No. 28, S. 631—637.

Fuller, Eugene: Good Results following urethral Resection. Medical News, Vol. LXIX, 1896, No. 4, 1228, S. 93—96.

Ganz, Heinrich: Ruptur der Urethra während des Coitus. Prager med. Wochenschr., Jahrg. XXI, 1896, No. 26, S. 281—285.

Garman, J. Bernard: A Case of Hatpin in the Urethra. British med. Journal 1896, No. 1844, S. 1089.

Gentis: Over het gebruik van elasticke bougies voor de urethra. Nederlandsch militair geneeskundig Archief, Jaarg. 20, 1896, Aflev. 1, S. 48—49.

Gibert: Un cas singulier de corps étranger de l'urèthre. Nouveau Montpellier médic. 1896, Mars.

Guinard: Corps étranger de l'urèthre. Bulletin de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, Fasc. 12, S. 394.

Hallervorden, Oskar: Ein papilläres Sarkom der weibl. Urethra. Greifswald 1896. 8°. 22 S. Inaug.-Dissert.

Hawkins, John A.: A new Urethroscope. Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 21, 1219, S. 583. With 1 Fig.

van Hook-Weller: A new Operation for Hypospadias. Annals of Surgery, Part 40, 1896, S. 378—395.

Jameson, J. S.: A Case of occluded Hypospadias. British med. Journ. 1896, No. 1834, S. 591.

Klein, G. u. Grosshoff, K.: Ueber intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut. Vorläuf. Mitteil. mit 3 Abbild. Anatomischer Anzeiger, Bd. 12, 1896, No. 8, S. 197—200.

Kollmann, Arthur: Ueber einige Hindernisse beim Katheterismus der männlichen Harnröhre. Festschrift für Benno Schmidt zur Vollendung seines 70. Lebensjahres. 1896. S. 179—189.

*Kronacher: Zur operativen Behandlung der männlichen Hypospadie I. Grades. Mit 4 Abbild. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 43, 1896, Heft 1 und 2, S. 161—171.

Lacoste, Jean: Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre pénienne. Paris 1896. G. Masson. 8°. 66 S.

Laurent, Louis: Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses juxtauréthrales chez la femme. Lyon 1896. Bourgeon. 4°. 63 S.

Le Moniet: Rupture de l'urèthre chez un vélocipédiste. Hotel Dieu de Rennes. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 1, S. 2—3.

Lindsay, John: Remarks on the Passage of Instruments through the male Urethra. Philadelphia Policlin., Vol. V, 1896, No. 14, S. 133.

Loumeau: Deux cas de rupture grave de l'uréthre traites, l'un par l'uréthrotomie externe d'emblée, avec sonde à demeure, l'autre par l'uréthro-périnorraphie immédiate. Mémoires et bulletins de la société de médic. et de chirurgie de Bordeaux 1896. Fasc. 1/2, S. 187—200.

Loumeau: E.: Uréthroplastie pour fistule pénienne. Annales de la Policlin. de Bordeaux. Année IV, 1896, No. 7, S. 212.

Loumeau, E.: Troubles nerveux graves produits par un petit kyste folliculaire de l'urèthre balanique. Annales de la policlin. de Bordeaux 1896, Mars.

Mc. Weeney, E. J.: A Case of Sarcoma of the female Urethra. Transact. of the Roy. Acad. of Medic. in Ireland, Vol. XIII, 1895 und 1896, S. 360.

Nacciarone, Ugo: Stenosi uretrale perineale traumatica, epicystotomia, cateterismo retrogrado. Guarigione Riforma media, Anno XII, 1896, No. 131.

Newman: Foreign Bodies removed from the male Urethra. The Glasgow medical Journal, Vol. XLVI, No. 4, S. 306—308.

*Pfister, E.: Ein Fall von Vergiftung durch Injection von Cocainlösung in die Urethra. Berl. klin. Woch., Jahrg. 33, No. 14, S. 297—298.

Picard, Henri: Uréthrite sans gonocoques. Annales des maladies des organ. génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 8, 743.

Pousson, A.: Sur quelques cas d'uréthrorrhagie. Journal de médecine de Bordeaux 1896, avril.

Pousson, A.: Sur quelques cas d'uréthrorrhagie. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 8, S. 737 bis 742.

Quénu et Pasteau, O.: Etude sur les calculs uréthraux chez la femme. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 4, S. 282—326.

Rörig: Ein Harnröhrenstein. Therapeut. Monatsschrift, Jahrgang 10, Heft 4. S. 205—206. 1 Abbild.

*Schlagenhaufer, F.: Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereiche der Pars prostatica urethrae. Pathologisch-anatomisch. Institut in Wien. Wiener klin. Wochenschrift, Jahrgang IX, 1896, No. 15, S. 268—270. Mit 2 Figuren.

Schreiber: Fremdkörper in der Urethra. Mit 1 Abbildung. Dermatologische Zeitschrift, Band III, 1896, Heft 3, S. 348—349.

Stevens, T. G.: Foetus with Absence of Urethra and Ascites obstructing Delivery. Transactions of the gynaecological Society of London, Vol. XXXVII for 1895/1896, p. 5—7.

Taylor, Gerard C.: Bonnet-Pin in the male Urethra. With 1 Figur. The Lancet 1896, Vol. I, No. XVI, Whole No. 3790, S. 1061.

Thiesbürger, Wilhelm: Beitrag zur Aetiologie der Epispadie. München 1896, 8°, 27 S. Inaug.-Dissert.

Tonsery, Sinclair: Foreign Body in the male Urethra. Removal by internal Urethrotomy Medical Record, Vol. 49, 1896, No. 18, 1330, S. 626—627.

Vauverts, J.: Epithélioma polycystique bilatéral de l'ovaire. Rétention d'urine due à la compression de l'urèthre par une des tumeurs développées dans la cavité pelvienne. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, Fsc. 16, S. 562—565.

*Weir, Robert F.: On the Treatment of Rupture of the Urethra by immediate Suture and Bladder Drainage. Med. Rec., New-York, Vol. 49, 1896, No. 19, 1331, S. 651 bis 654.

Woolsey, George: A clinical Lecture on a Case operated upon the radical Cure of inguinal Hernia and for urethrorectal Fistula. The New-York medical Journal, Vol. LXIV, 1896, No. 3, Whole No. 920. S. 69—71.

VII. Prostata und Samenblasen.

Adomeit, Otto: Resection des Vas deferens als Heilmittel bei Prostatahypertrophie. Greifswald 1896. 8°, 30 S. Inaug.-Dissert.

Alexander, Samuel: Prostatectomy. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 171 bis 172.

Bangs, L. Bolton: Multiple Calculi of the Prostate. Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 24, 1222, S. 657—659.

Bazy: Du méat hypogastrique chez les prostatiques. Bulletin de thérapie, Vol. CXXX, 1896, No. 11, S. 481.

Bazy: Note sur les traitements récents de l'hypertrophie prostatique. L'Union médicale. Année 51, 1896, No. 11, S. 121—124.

*Berjeskin, Th. J.: Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Castration und Durchschneidung des Samenstranges. Medicinskoje Obosrenje 1896, No. 1 (Russisch).

Beyer, Günther: Ein Fall von primärem Prostatacarcinom. Greifswald 1886. 8°, 33 S. Inaug.-Diss.

Borelius, Jacques: Om kastration vid prostatahypertrofi. Hygiea LVIII, 1896, No. 4, S. 424.

*Braun, Ludwig: Ueber osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciösen Anämie. Wiener medicin. Wochenschrift, Jahrg. 46, 1896, No. 12, S. 481—484, No. 13, S. 527—531, No. 14, S. 582—587.

*Brown, F. Tilden: Ligation of the Vasa deferentia for Hypertrophy of the Prostate. Report of the Presbyterian Hospital of New-York, Vol. I, 1896, S. 144.

*Brown, F. Tilden: Case of double Ligation of the Vasa deferentia for Hypertrophy of the Prostata. Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 1, S. 21—24. With 1 Fig.

Brownefield, H. M.: Castration for prostatic Hypertrophy. British med. Journ. 1896, No. 1837, S. 657.

*Bruns, P.: Ueber den gegenwärtigen Stand der Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie, insbesondere mittelst Castration. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir., Bd. I, 1896, Heft 1, S. 71—97.

Cabot, A. T.: Castration for enlarged Prostate. Annals of Surgery, Part 45, 1896, S. 265—309.

Camus, L. et Gley, E.: Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales. Comptes rendus de l'académie des sciences de Paris, Tome CXXIII, 1896, No. 3, S. 194—195.

Camus, L. et Gley, E.: Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales. Comptes rendus de la soc. de biol., Série X, Tome III, No. 26, S. 787—788.

Charlton, Frederick: A Case of Castration for prostatic Hypertrophy. British medical Journal 1896, No. 1843, S. 1031—1032.

*Czerny: Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie. Universit.-Klinik in Heidelberg. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang 22, 1896, No. 6, S. 241—243.

Dassonville, Alfred: Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. Paris 1896, G. Carré, 4°, 51 S.

Eastman, Joseph Rilus: Zur Entstehung der Corpora amylacea in der Prostata. Berlin 1896, 8°, 29 S. Inaug.-Dissert.

Eastman, Joseph Rilus: Zur Entstehung der Corpora amylacea in der Prostata. Dermatolog. Zeitschrift, Bd. III, 1896, Heft 4, S. 480—497.

*Englisch, Jos.: Ueber die neueren Behandlungsmethoden derProstatahypertrophie (Castration, Ligatur, Fütterung). Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, Jahrg. XLI, 1896, No. 2, S. 38—39.

Englisch, Jos.: Ueber tuberculöse Infiltration des Zellgewebes in der Umgebung der Vorsteherdrüse und Blase. Wien. Klin., 1896, H. 1, 28 S.

Erwin, R. W.: Injections into the Testicle for the Cure of prostatic Hypertrophy. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 12, 1324, S. 427.

Farrant: A Case of Hypertrophy of the Prostate treated by Orchidectomy. British medical Journal. 1896. No. 1846, S. 1199—1200.

*von Frisch, A.: Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resection der Vasa deferentia. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane, Band VII, 1896, Heft 6, S. 313—323.

Fuller, Eugene: Operative Interference in aggravated Instances of seminal Vesiculitis. The Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 168, S. 329—338.

Fürbringer, P.: Zur Kenntnis der specifischen Krystallbildungen im Genitalsystem d. Mannes. Deutsche medicin. Wochenschrift, Jahrg. 42, 1896, No. 38, S. 603—604.

Gibson, John R.: Note on a Case showing the intimate Relationship between the Prostate Gland and Testicle, as also Influence of one Disease on the other for Good. The Lancet 1896, Vol. II, No. XI, Whole No. 3811, S. 749.

Goldenberg, Hermann: A modified rectal cooling sound for the Treatment of Prostatitis. Journal of the cutaneous and genito-urinary diseases, Vol. XIV, 1896, No. 5, S. 186—187. With 1 Fig.

Goldschmidt, H.: Kritische Bemerkungen zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst der Castration. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrgang XXXIII, 1896, No. 15, S. 328—329, No. 16, S. 351—353.

Harrison, Reginald: Clinical Remarks on Division of Vas deferens in Cases of obstructive Prostatic Hypertrophy delivered at St. Peter's Hospital. Lancet 1896, Vol. I, No. VIII, 3782, S. 473—474.

*Helferich: Ueber die Resection der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang 22, 1896, No. 2, S. 17 bis 19.

Helferich: Weitere Mitteilungen über die Resection der Samenleiter als ein Heilmittel gegen Prostatahypertrophie. Festschrift für Benno Schmidt zur Vollendung seines 70. Lebensjahres, 1896, S. 111 bis 120.

Homans, John: A Case of Castration for enlarged Prostate and Retention of Urine. Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXIV, 1896, No. 12, S. 289.

*Hottinger, R.: Ueber chronische Prostatitis und sexuelle Neurasthenie. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Jahrg. XXVI, 1896, No. 6, S. 161—166.

Hunt, Arthur: Hypertrophy of the Prostate, severe Cystitis, double Castration. Recovery. The Lancet 1896, Vol. II, No. XIV, 3814, S. 939—940.

*Kelsey, Charles B.: Failure of Castration to cause Atrophy of the Prostate. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 21, 1333, S. 127—278.

*Koenig: Die radicale operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Zeitschrift für practische Aerzte, Jahrg. V, 1896, No. 11, S. 351—355.

*Koenig: Die radicale operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Zeitschrift für practische Aerzte. Jahrg. V. 1896. No. 13. S. 411—420.

Kohl, E.: Resection des Vas deferens bei Prostatahypertrophie. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Jahrg. XXVI. 1896. No. 19. S. 608 bis 609.

Krauss, Walther: Ueber einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostatahämorrhoiden). Rudolfinerhaus in Wien. Wiener klinische Wochenschrift. Jahrg. IX. 1896. No. 28. S. 637—640.

Lane, W. Arbuthnot: A Case of tubercular Disease of the Prostate with Fistula externally and into the Rectum, treated with Sulphur. Transactions of the pathological Society of London. Vol. XXVIII. 1895/96. S. 288.

*Lauenstein, Carl: Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Centralblatt für Chirurgie. Jahrg. 23. 1896. No. 7. S. 145—148.

*Littlewood, H.: Case of suprapubic Prostatectomy (Mc Gill's Operation) illustrating a Method of Arrest of Hemorrhage by Packing the Bladder with a Roll of Gauze. The Lancet 1896. Vol. I. No. 1. 3775. S. 29.

Lohnstein, H.: Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica. Mit 1 Abbildung. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet. 1896. S. 106—117.

Loumeau, E.: Hypertrophie de la prostate, sonde cassée dans la vessie et retirée par la taille sus-pubienne, resection des canaux déferents et ses résultats éloignés. Annales de la Policlinique de Bordeaux. Année IV. 1896. No 9. S 274.

Martin, Edward: A Case of Castration for the Relief of obstructive Symptoms caused by prostatic Enlargement. Universal medical Magazine. Vol. VIII. 1896. No. 7. S 592.

Martius, Paul: Beiträge zur Kenntnis der Prostatahypertrophie. Greifswald 1896. 8°. 31 S. Inaug.-Dissert.

*Mayet, H.: Prostatite glandulaire subaiguë d'emblée totale ou partielle. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Année XIV. 1896. No. 3. S. 193—200.

Mc. Conkey, Thos. G.: Castration for enlarged Prostate. Univ. med. Magaz. Vol. VIII. 1896. No. 7. S. 630.

Meyer, Willy: Iliac Ligation for prostatic Hypertrophy. Annals of Surgery. Part 42. 1896. S. 705—717.

Moullin, C. Mansell: The Pathology of Enlargement of the Prostate. British medical Journal 1896. No. 1828. S. 114—115.

Negretto, Angelo: Di un caso di iscuria da ipertrofia prostatica curato con un nuovo metodo e di due altri curati con la resezione dei canali deferenti. Riforma medica. Anno XII. 1896. No. 15—17.

Nicolich, G.: Cura dell' ipertrofia prostatica colla recisione del condosso deferente. Rivista veneta di scienze med.. Anno XIII. 1896. No. 6.

Nielsen, Nis: Ein Fall von schlitzartiger Erweiterung der Urethra bei Prostatahypertrophie. Pathologisches Institut. Kiel 1896. 8°. 12 S. Inaug.-Dissert.

Phélip: Nouvelles sondes élastiques pour grosse prostate. Lyon médical. Année LXXXI. 1896. S. 432.

Pilcher, Lewis, Stephan: Castration for prostatic Hypertrophy. Annals of Surgery. Part. 42. 1896. S. 687—705.

Pousson, Alfred: Progrès réalisés depuis six ans dans le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Année XIV. 1896. No. 2. S. 103—122.

Ramm, Fredrik: Kastration ved Prostatahypertrofi. Tillaegshefte til Norsk Magazin for laegevidenskaben. Aarg. 57. 1896. 71 S.

Ramm, Fredrik: Kastration ved Prostatahypertrofi. Kristiania 1896. 8°. 72 S.

*Rehfisch, Eugen: Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen. Anatom. Inst. zu Berlin. Deutsche medicinische Wochenschrift. Jahrg. XXII. 1896. No. 16. S. 245—249.

Robinson, William: Failure of Castration to cause Atrophy of the Prostate. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 23, 1335, S. 822.

*Rovsing, Thorkild: Zur Castration bei Hypertrophie der Prostata. Centralblatt für Chirurgie, Jahrgang XXIII, 1896, No. 2, S. 25—29.

*Rosenberg, S.: Zur Diagnostik der Prostatitis chronica. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Bd. VII, 1896, Heft 2, S. 89—93. 1 Figur.

Sontham: A Case of double Castration for prostatic Retention Urine. British medic. Journ. 1896, No. 1833, S. 463—464.

Townsend, William Warren: Bilateral Orchidectomy, suprabubic Cystotomy, followed by acute Mania and Death. Medical Record, New-York, Vol. 50, 1896, No. 5, Whole No. 1343, S. 173—174.

*Vautrin: Du traitement moderne de l'hypertrophie prostatique. Annales des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 3, S. 208 bis 230.

*Veerhogen, J.: Ueber den perirenalen Lappenschnitt bei Prostata-Operationen. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Band VII, 1896, Heft 1, S. 16—21, Heft 2, S. 82—88.

Wagner, Paul: Ueber die Castration und die Unterbindung der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie. Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesamten Medicin, Band 251, Jahrg. 1896, No. 8, S. 198—208.

Walton, Paul: Résection des canaux déferents dans l'hypertrophie de la prostate. Belge médic., Année III, 1896, No. 3, S. 65.

Webber, H. W.: Orchotomy for enlarged Prostate. British medical Journal 1896, No. 1833, S. 400.

*Weltz, Gustav: Ueber einen Fall von seniler Prostata-Hypertrophie, behandelt mit Heilgymnastik und Massage. St. Petersburger medicinische Wochenschrift, Jahrgang XXI, Neue Folge XIII, 1896, No. 4, S. 28—29.

White, J. William: The Question of Castration for enlarged Prostate. Annals of Surgery, Part. 45, 1896, S. 388—398.

Zappalà, Cannelo: La ipertrofia della prostata e suoi metodi curativi. Policlinico, Anno III, 1896, No. 7, S. 177.

Zuckerkandl, O.: Hypertrophie der Prostata. Incomplete Harnverhaltung. Resection der Vasa deferentia. Heilung. Wiener klinische Rundschau, Jahrg. XIX, 1896, No. 27, S. 463—465.

VIII. Hoden und Nebenhoden.

Anderson, William: Two Cases of Hydrocele of hernial sac. The Lancet 1896, Vol. I, No. III, 3777, S. 161—162.

Aronson, Emil: The Relation of Parotitis to Orchitis. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 680.

Blasius: Ueber die Folgen einseitiger und doppelseitiger Castration für die Erwerbsfähigkeit und die Entschädigung dieses Schadens. Monatsschrift für Unfallheilkunde, Jahrg. III, 1896, H. 9, S. 264—274. Mit 3 Figuren.

Bloom, J. N.: Degeneration of Testicle following an Injury. Operation. Recovery. The Journal of cutaneous and genitourinary diseases. Vol. XIV, 1896, No. 167, S. 310—317.

Boyland, Halsted: Case of tuberculous Orchitis successfully treated by the galvanic current, permanent cure. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 20, Whole No. 1382, S. 693—695.

Burdet, François: Des ruptures de la tunique vaginale dans les hydrocèles. Lyon 1896. Rey. 4°. 64 Seiten.

Chupin, A.: Trois cas de tuberculose du testicule traités par l'abraison. Archives de médecine militaire et de pharmacie militaires, Année XXVII, 1896, No. 4, S. 321.

Delore, Xavier: Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Année 43, 1896, No. 54, S. 637—640.

Duplay, S.: Hydrocèle congénitale, Presse médicale, Année 1896, No. 54.

Edel, Moritz: Ein Beitrag zur Epididymitis tuberculosa. Hannover-Linden 1896. 8°. 39 S. Inaug.-Dissert. Würzburg.

Eigenbrodt: Ueber Geschwulstbildung im Bauchhoden. Festschr. f. Benno Schmidt zum vollendeten 70. Lebensjahre. 1896, S. 58—65.

*Enderlen: Klinische und experimentelle Studien zur Frage der Torsion des Hodens. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 43, 1896, Heft 1 und 2, S. 177—186.

Erdheim, Sigmund: Multiloculäre Lymphcyste des Samenstranges. Wiener klin. Rundschau, Jahrg. X, 1896, No. 8, S. 132—133.

v. Erlanger, R.: Spermatogenetische Fragen II. Die Entwickelung der männlichen Geschlechtszellen. Zusammenfassende Uebersicht. Zoologisches Centralblatt, Jahrgang III, 1896, No. 12, S. 409—421.

Florence: Du sperme et des taches de sperme en médecine légale. Archives d'anthropologie criminelle Tome XI, 1896, No. 61, S. 37—46; No. 62, S. 146—165 avec 1 planche; No. 63, S. 249—265.

*Franke, Erich: Ein Fall von doppelseitiger eitriger Orchitis, Epididymitis und Prostatitis. Castration. Heilung. Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane, Bd. VII, 1896, Heft 1, S. 22—33.

Frankl, Oscar: Einiges über die Involution des Scheidenfortsatzes und die Hüllen des Hodens. 1 Taf. Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Jahrg. 1895/1896. Heft 4—6, S. 339—360.

Fürbringer, P.: Berichtigung (Vorkommen krystallinischer u. krystalloider Bildungen in den Zellen des menschlichen Hodens, Arbeit von Lubarsch betreffend). Archiv f. pathologische Anatomie, Bd. 145, 1896, Heft 3, S. 644—648.

Goertz, Karl: Die Radicaloperation der Hydrocelen mittelst Excision der Scheidenhaut. München 1896. 8°. 22 S. Inaug.-Dissert.

*Guiteras, Ramon: Report of a Case of Dislocation of the testicle into the Penis. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 1, 1313, S. 11—13.

*Hansemann: Ueber die grossen Zwischenzellen des Hodens. Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin 1896, No. 1/2, S. 2—3.

Harress, Richard: Beitrag zur Lehre von der Tuberculosis testis. Sonneburg 1896. 8°. 25 S. Inaug.-Dissert. Würzburg.

Herhaus, Bernhard: Zur Behandlung der Hydrocele. Berlin 1896. 8°. 39 S. Inaug.-Dissert.

Horwitz, Orville: Hydrocele and its radical Cure. The Journal of cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 168, Seite 343 bis 351.

Jeanne, A.: Maladie kystique du testicule gauche ayant évolué comme tumeur maligne. Récidive huit mois après sous forme de sarcome télangiectasique à grandes cellules. Mort. Bulletin de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896. Série V, Tome X, No. 14, S. 456—461.

*Jordan, Max: Ein Fall von einseitigem Descensus testiculorum. Heidelberger chir. Klinik. Mit 1 Abbildung im Text. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XV, 1896, Heft 1, S. 245—250.

Kapfer, Albert: Ueber einen Fall von sarcomatöser Mischgeschwulst des Hodens. Würzburg 1896. 8°. 19 S. Inaug.-Dissert.

Klemp, A.: Ueber das Adenom des Hodens. Würzburg 1896. 8°. 13 S. Inaug.-Dissert.

*Kockel: Beitrag zur Kenntnis der Hoden-Teratome. Festschrift für Benno Schmidt zur Vollend. seines 70. Lebensjahres. 1896, S. 152—171.

*Lane, W. Arbuthnot: A Case of supernumerary Testis. Transactions of the clinical Society of London, Vol. XXVIII, 1895/1896, S. 59.

Lauenstein, C.: Zur hohen Castration nach v. Büngner. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 43, 1896, Heft 6, S. 588—596.

Lauenstein, C.: Zur Frage der hohen Castration nach v. Büngner. Deutsche medicin. Wochenschrift, Jahrg. 22, 1896, No. 27, S. 431.

Lawrie, E.: A new Method for Hydrocele. The Lancet 1896, Vol. I, XXIV, 3793, S. 1643.

Legueu, Félix: Des rapports entre les testicules et la prostate. Archives de physiologie norm. et patholog., Année XXVIII, 1896, Sér. V, Tome VIII, No. 1, S. 154—159.

Lubarsch, O.: Ueber das Vorkommen krystallinischer u. krystalloider Bildungen in den Zellen d. menschlichen Hodens. Pathol. Instit. der Univers. Rostock. Mit 3 Figuren. Archiv f. patholog. Anatomie, Bd. 145, 1896, Heft 2, S. 316—338.

Macaigne et Vanverts: Etiologie et pathogénie des orchiépididymites aigues et en particulier des orchiépididymites d'origine uréthrale et non blennorrhagiques. Annales des maladies des organes génito-urinair., Année XIV, 1896, No. 8, S. 673 bis 694.

Macewen, William: A Contribution to the Pathology of bilocular intrapelvic and scrotal Hydroceles. The Practitioner No. 338, Vol. LVII. 1896, No. 2, S. 123—135, with 6 Figuren.

Manley, Thomas H.: Notes on Hydrocele and serous Cysts in the inguino-scrotal Region with special Reference to modern treatment. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 583—586 und S. 610—612.

Manley, Thomas H.: Serocystic Disease or Hydrocele in Women. With Report of a Case. Annals of Gynaecol. and Paed. 1896, May.

Palmer, J. Brent: The Treatment of Epididymitis. American Practitioner and News, Vol. XXI, 1896, No. 9, S. 327.

Parona, F.: Singolare anomalia congenita del testicolo destro. Policlinico 1896, 6 S.

Parona, Francesco: Singolare anomali congenita del testicolo destro. Policlinico Anno 3, No. 9, p. 203.

Pearce, F. Savary: A clinical report of the use of testicular Fluid injections. The medical and surg. Reporter, Vol. LXXV, 1896, No. 10, 2061, S. 289—297.

*Pregl, Fritz: Zwei weitere ergographische Versuchsreihen über die Wirkung orchitischen Extractes. Mit 3 Fig. und 4 Taf. Physiolog. Laborator. d. Graz. Univ. Archiv für die gesammte Physiologie, Bd. 62, 1896, Heft 8/9, S. 379—399.

Richard, Eugène: Ectopie testiculaire sousabdominale traitée par l'orchidopexie. L'Union médicale, Année 51, 1896, No. 19, S. 217—218.

Riedel: Kindskopfgroßes Sarcom des in der Bauchhöhle retinirten Hodens. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 25. Congr. 1896, Teil I, S. 107—109.

Rieger, C.: Welche Folgen im Sinne des Unfall-Versicherungsgesetzes hat der Verlust beider Hoden. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, Jahrg. II, 1896, No. 12, S. 261 bis 263.

Sallès, J.: Orchite typhoidique, bacille d'Eberth pur avant et après la suppuration. Gazette des hôp., Année 69, 1896, No. 45, S. 463 bis 466.

Sangalli, S. R.: Rarissime anomale sonformazioni congenite ed acquisite del pancreas e dei testicoli. Osservazioni e studi. Memori del istituto lombardo di scienze e lettere, Vol. 18, Ser. 3, Vol. 9, Fsc. Z, 1896, 16 S.

Sebilleau, Pierre: Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule. Gazette médicale de Paris, Année 67. 1896, Série IX, Tome III, No. 30, S. 345—347, No. 31, S. 357—359, No. 32, S. 369—371, No. 33, S. 381—383, No. 34, S. 393 bis 398.

Sebilleau, Pierre: Les bourses, le crémaster. Gaz. méd. No. 27, Seite 309—311.

*Simmonds, M.: Ueber den Einfluß von Alter und Krankheiten auf die Samenbildung. Festschr. zur Feier des 80jähr. Stiftungsfestes d. ärztl. Vereins zu Hamburg 1896, S. 389 bis 402.

*Steiner, Ferdinand: Orchitis parotidea im Säuglingsalter. Fortsetz. Wiener med. Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 26, S. 404—406, No. 27, S. 419—420.

Stolle, Friedrich: Cryptorchismus und Hernie. Marburg 1896. 8⁰. 80 S. Inaug.-Dissert.

Storp, J.: Ueber Hydrocelenbehandlung. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 25. Congreß 1896, Teil I, S. 109. Teil II, S. 316—324. Mit 2 Figuren.

Storp, J.: Ueber Hydrocelenbehandlung. Archiv f. klinische Chirurgie, Bd. 53, 1896, Heft 2, S. 345—354. Mit 2 Abbild.

Vriamont: Tuberculose testiculaire primitive de l'appareil générateur chez un vieillard. Annales de la société médico-chirurgicale de Liège, Année 35, Série III, No. 2. S. 66—68.

Wagener, Oskar: Ueber Hodeninfarkt infolge Torsion des Samenstranges. Halle a. S. 1896, 8⁰, 27 S. Inaug.-Dissert.

*Wilms, Max: Die teratoiden Geschwülste der Hoden mit Einschluß der sogenannten Cystome und Enchondrome. Mit 2 Abbild. im Text. Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Bd. XIX, 1896, Heft 2, S. 239—366.

*Zoth, Oskar: Zwei ergographische Versuchsreihen über die Wirkung orchitischen Extractes. Grazer Universitäts-Laborat. Archiv für die gesammte Physiologie, Band 62. 1896. Heft 8/9, S. 335—378.

IX. Blase.

Alapy, H.: Bemerkungen zu Hottinger's Arbeit: Zur Frage der Absorpionsfähigkeit der Harnblase. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. Bd. VII. 1896. Heft 6. S. 328—332. Hottinger's Entgegnung, ebenda, S. 333—334.

*Andry, Ch.: Cystotomie suspubienne. Suture totale. Guérison rapide. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Année 43, 1896, No. 71, S. 841.

Armstrong, Hubert: A Case of obstructive Suppression of Urine for eight Days, Recovery and subsequent Relapse and Death with post-mortem Examination. British medical Journal 1896. No. 1842, S. 972.

Aymone, G.: Di un caso die cistotomia alta in un ragazzo di anni 5½. Gazzetta degli ospedali. Anno XVII. 1896. No. 24.

Baker, Richard: Some cases calling for Lithotomy. British medical Journal 1896. No. 1855, S. 124.

Baker, Richard: Lithotrity, complicated and simple. The Lancet 1896, Vol. I, No. XXVI, 3800. S. 1822—1823.

*Baumgärtner: Blasenfisteloperation, sieben Jahre nach Durchbruch eines im Ligamentum latum liegenden Abscesses in die Blase. Berliner klinische Wochenschrift. Jahrg. 33. 1896. No. 19. S. 412 bis 413.

Baumgarten, Samuel: Die Entfernung einer während der chirurgischen Behandlung in der Harnblase zurückgebliebenen Bougie conductrice durch ein Instrument neuer Construction. Allgem. medic. Central-Zeitung, Jahrg. 65. 1896. No. 22. S. 255—256. No. 23. S. 267 bis 269. Mit 1 Figur.

Becher, Julius: Ueber die Operation der Blasen-Mastdarmfisteln. Berlin 1896, 8°, 29 S., Inaug.-Dissert.

Beckmann, Paul: Beitrag zur Frage der Therapie der Blasen- und Urethralverletzungen. Halle a./S., 1896, 8°, 34 S., Inaug.-Dissert.

Bevan, Arthur Dean: Present Status of operative Treatment of Bladder-Stone. Medicine, Vol. II, 1896, No. 5, S. 356.

Boden, Karl: Spontanheilung einer Blasen-Scheidenfistel nebst Zusammenstellung von 235 spontan geheilten Harngenital-Darmfisteln des Weibes. Leipzig 1896, M. Voigt, 8°, 76 S.

Borchardt, Georg: Der Mechanismus der Harnentleerung in physiologischer und pathologischer Beziehung. Berlin 1896, 8°, 39 S. Inaug.-Dissert.

Bordier, H.: Du traitement de l'incontinence d'urine par les courants statiques induits ou courants de Morton. Archives d'électricité médic., 1896, Juillet.

Brentano: Demonstration eines Phosphatsteines. Deutsche medicinische Wochenschrift, Vereinsbeilage 9, Jahrg. 22, 1896, No. 12, S. 59.

Brik, J. H.: Ueber Leucoplacia vesicae. Wiener medicinische Presse, Jahrgang XXXVII, 1896, No. 36, S. 1129—1132, No. 37, S. 1158 bis 1160.

Brown, H. W.: Case of Calculus forming round Silk Suture used to close Wound in the Bladder after suprapubic Lithotomy. Lancet 1896, Vol. I, No. VIII, 3782, S. 479.

Carroll, Jane W.: Cystic Urachus. Buffalo medical Journ., Vol. XXXV, 1896, No. 11, DXCV, S. 869—872.

*Carter, Alfred H.: The Treatment of Enuresis. British medical Journ. 1896, No. 1833, S. 439.

Cathcart, U. W.: A Sprengel Pump for Drainage of Bladder. Transactions of the med. chirurg. Soc. of Edinburgh, New Ser. Vol. XIV, 1895/1896, S. 60.

Clark, J. G.: Subacute and chronic Cystitis treated by the vesical Balloon. Bulletin of the John Hopkins Hospital, Vol. VII, 1896, No. 59/60, S. 44—46.

*Courtade, D. et Guyon, J. F.: Contribution à l'étude de l'innervation motrice de la vessie. Archives de physiologie normale et pathologique, Serie V, Tome VIII, 1896, No. 3, S. 622—630.

*Cramer, K.: Ein Fall von Blasenruptur. Bürgerhospital in Köln. Deutsche medicin. Wochenschrift, Jahrg. 22, 1896, No. 1, S. 9—10.

Cystitis phlegmonosa gebessert. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrgang III, 1894/1896, S. 1019—1020.

Dandolo, A.: Das beste Verfahren, bei Cystotomia suprapubica die Blase zu öffnen. Centralblatt für Chirurgie, Jahrgang XXIII, 1896, No. 33, S. 788—789.

Dawbarn, Robert H. M.: A very simple and reliable Plan for Bladder Drainage. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 22, 1334, S. 764—765.

*Degen, Ruptur der hinteren Blasenwand. Naht, Heilung. Städtisches Krankenhaus in Fürth i. B. Münchener medicinische Wochenschr., Jahrg. 43, 1896, No. 4, S. 72—74.

Delbet, Pierre: De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et de son traitement. Archives de gynécologie et de tocologie, Vol. XXIII, 1896, No. 7, S. 500—502.

Donnadieu, A.: Diagnostique et traitement de l'anurie calculeuse. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 41, S. 423—428.

Du Drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurg., Année 43, 1896, No. 61-65.

Du Mesnil de Rochemont: Zur Pathogenese der Blasenentzündungen. Klinisch-experimentelle Studie, bearbeitet in Gemeinschaft mit Mölling. Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Hamburg, 1896, S. 239—308.

Eliot jr., E.: Suprapubic Cystotomy for Hemorrhage. Report of the Presbyterian Hospital of New-York. Vol. I, 1896, S. 85.

Engel, Carl: Chronic Cystitis in Women, its Treatment by Dilatation and Rest. American Journal of Obstetrics 1896, January.

d'Estrées, Debout: On the various Explanations of spontaneous Fracture of Stones in the Bladder. British medical Journal 1896, No. 1845, S. 1138—1139, with 3 Figures.

Eustace, Marcus: Long continued Suppression of Urine, intestinal Obstruction. British medical Journal 1896, No. 1829, S. 147—148.

Fenwick, E. Hurry: A Lecture on the clinical Significance of the simple solitary Ulcer of the urinary Bladder. British medical Journal 1896, No. 1845, S. 1133 bis 1135. With 4 Figures.

Fincke: Blasenscheidenfistel und Blasensteine, veranlaßt durch Fötusknochen. Deutsche medic. Wochenschrift, Jahrgang XXII, 1896, No. 33, S. 534—535.

Finkelstein, H.: Ueber Cystitis im Säuglingsalter. Jahrb. für Kinderheilkunde, Band XLIII, 1896, Heft 1, S. 148—157.

Frank, E. R. W.: Ein Fall von seltener Blasensteinbildung. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewidmet. 1896, S. 155—158.

Garceau, Edgar: The Influence of the Catheter in causing vesical Irritability. American Journal of Obstetricas. 1896, June.

Garceau, Edgar: Some Affections of the female Bladder. The Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXV, 1896, No. 11, S. 256 bis 258.

Gerota, D.: Ueber die Lymphgefäße und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase. Mit 2 Abbildungen. Anatomischer Anzeiger, Band XII, 1896, No. 4 und 5, S. 89—99.

*Gilliam, Tod.: An Operation for the Cure of Incontinence of Urine in the Female. American Journal of Obstetries, 1896, Februar.

*Görl: Zottengeschwulst der Blase. Operation mit dem Nitze'schen Operationscystoskop. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. VII, 1896. Heft 3, S. 129—141, Heft 4, S. 196—201. Mit 10 Figuren.

Graf, Fritz: Urachusfisteln und ihre Behandlung. Breslau 1896, 8°. 27 S., Inaug.-Dissert.

Greiffenhagen: Zur chirurgischen Behandlung der Blasentuberculose. Zeitschrift für Chirurgie, Band 43, 1896, Heft 3, S. 281—287.

Guérin, A. et de Grancourt, P.: Fausses cystites. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 35, S. 359 bis 363.

Hanc, Alfons: Zur Casuistik der Litholapaxien. Wiener medicinische Presse, Jahrg. XXXVII, 1896, No. 7, S. 249—253.

*Heaton, George: Intraperitoneal Rupture of Urinary Bladder. Annals of Surgery, Part 47, 1896, S. 676 bis 687.

Hellendall, Hugo: Ueber die operative Behandlung der traumatischen intraperitonealen Ruptur der Harnblase. Straßburg i. E., 1896, 8°, 44 S., Inaug.-Dissert.

Högerstedt, A.: Seltener Fall traumatischer intraperitonealer Ruptur der Harnblase. Wratsch 1896, No. 26 (russisch).

Hotchkiss, Lucian Wales: Chronic perivesical Inflammation. Annals of Surgery, Part. 38, 1896, S. 140 bis 147.

*Hottinger, R.: Zur Frage der Absorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase. Centralblalblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Band VII, 1896, Heft 5, S. 249—257.

Hunphrey, Sir George Murray: Urinary Calculi, their Formation and Structure. The Journal of Anatomy and Physiology, Vol. XXX, New Ser. Vol. X, 1896, Part. 2 S. 296—313.

Imbert, Léon: De la cystocèle inguinale. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, Mai, S. 389—441.

Imbert, Léon: De la cystocèle inguinale. Suite. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Année XIV, 1896, No. 6, S. 530 bis 561.

Imbert, Léon: Cystocèle inguinale. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, Série 5, Tome 7, 1896, No. 6, S. 168.

*Imbert, Léon: Lithotritie pour calcul urique volumineux, chez un homme de 75 ans. Considérations sur l'emploi du chloroforme dans la lithotritie. Annales des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 3, S. 248—252.

Incontinentia urinae. Heilung der Incontinenz durch Torsion der Urethra nach Gersuny. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III, 1894/1896, S. 873—874.

Johnson, A. B.: Suprapubic Cystotomy for Stone. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 445—448.

Johnston, George Ben: Stone in Bladder of Negro. Annals of Surgery, Part. 38, 1896, S. 129—132.

Kastals, Kaja K.: Zur Aetiologie der Cystitis. Bern 1896, 8°, 56 S.

Kirby, Ellwood R.: Calculi of unusual Size that have been removed from the Bladder. Universal medical Magazine, Vol. VIII, 1896, No. 7, S. 54.

Kleinschmidt, Emil: Ein Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper der weiblichen Blase und die Methoden ihrer Entfernung. München 1896, 8°, 29 S., Inaug.-Dissert., Würzburg.

*Köster, Georg: Ueber Aetiologie und Behandlung der Enuresis. Poliklinik für Nervenkranke von Seeligmüller in Halle a./S. Deutsche medicinische Wochenschrift, Jahrgang XXII, 1896, No. 23, S. 364 bis 366.

Kramer, Franz: Ueber eine seltene Deformität der Blase. Patholog. Institut, Kiel 1896, 8°, 15 S., Inaug.-Dissert.

Küster: Ueber Resection der Harnblase mit Vorlagerung des Harnleiters. Mit 2 Figuren. Archiv für klinische Chirurgie, Band 53, 1896, Heft 2, S. 465—472.

Küster: Ueber Resection der Harnblase und Vorlagerung der Harnleiter mit Demonstration. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 25. Congreß 1896, Teil I, S. 76; Teil II, S. 456 bis 463. Mit 2 Figuren.

Lane, W. Arbuthnot: A Case of extensive degenerating Naevus of the Bladder. Transactions of the clinical Society of London, Vol: XXVIII, 1895/1896, S. 220.

Langley, J. N. and Anderson, H. K.: The Innervation of the pelvic and adjoining Viscera. The Bladder. The external generative Organs. The internal generative Organs. Journal of Physiology, Vol. XVI, 1896, No. 42, S. 131 bis 140.

Lathuraz-Viollet, A: Variété de rétention d'urine dans la retroversion de l'utérus gravide par renversement de la vessie dans le cul de sac de Douglas. Annales de gynécologie et d'obstetrique, Tome XLV, 1896, No. 4, S. 286 bis 296.

Lewin, L. und Goldschmidt, H.: Die Resorpion körperfremder Stoffe aus der Harnblase. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XXXVII, 1895/1896, Heft 1, S. 60—69.

Loftus, Lucien: A new Stone Searcher. With 1 Fig. Medical Record, New-York, Vol. 50, 1896, No. 4, Whole No. 1342, S. 142 bis 143.

Lohmann, Wilh.: Casuistischer Beitrag zu den Abscessen und den Phlegmonen des perivesicalen Bindegewebes. München 1896, 8°, 16 S., Inaug.-Dissert.

Louison: Corps étranger de l'urèthre et de la vessie. Lyon médicale, Année LXXXI, 1896, S. 545.

Loumeau: Lithotritie et spasme uréthral. Mémoires et bulletins de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1896, Fsc. 1/2, S. 29—35.

Mendelsohn, Martin: Ueber Enurese und ihre Behandlung. Veröffentlichungen der Hufelandischen Gesellschaft in Berlin. Vorträge aus 1895/1896, S. 31—45.

Mendelsohn, Martin: Enresis and its Treatment. The medical Age, Vol. XIV, 1895, No. 3, S. 68 bis 72.

*Michon, Ed.: Rétention d'urine chronique incomplète avec distension traitée par le cathétérisme évacuateur progressif et antiseptique. Guérison sans infection vésicale. Annales des maladies des Organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 2, S. 157—160.

Milton, Herbert: Lithotrity in Cases of Stone, simple and complicated. The Lancet 1896, Vol. I, No. XVI, Whole No. 3790, S. 1051 bis 1056, 5 Figur.; No. XVII, 3791, S. 112—113; No. XVIII, 3792, S. 1212—1216.

*Monro, T. K.: Incontinence of Urine inherited by an entire Family from their Father. The Lancet 1896, Vol. I, No. XI, 3785, S. 704.

Montt-Saavedro, R.: Zwei Fälle von Cystitis mit Befund von Diplobacillus Friedländer. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde, Abteilg. I, Band XX, 1896, No. 4/5, S. 171—173.

Morton, Chas. A.: Removal of Papilloma of the Bladder by suprapubic Cystotomy, severe secondary Haemorrhage on the third day, Recovery. The Lancet 1896, Vol. I, No. VIII, No. 3783, S. 480—482.

Nason, E. N.: The treatment of Enuresis. British medical Journal, 1896, No. 1832, S. 336.

Neugebauer, Franz Ludwig: Sieben seltenere Fälle von Harnfisteln. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band III, 1896, Heft 4, S. 308—316.

Newman, David: Three renal Cases, a Case of Cyst of Urachus and a Case of strangulated Hernia, treated in the surgical Wards of the Glasgow Royal Infirmary. The Glasgow medical Journal, Vol. XLVI, 1896, No. 1, S. 11—23.

Nicolich, Giorgio: Ueber einen eingefaßten Stein (Harnorgan). Chirurgische Abteilung des Civilspitales in Triest. Wiener medicinische Presse, Jahrgang XXXVII, 1896, No. 32, S. 1033—1036.

*Nitze, Max: Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Bd. VII, 1896, Heft 7, S. 737—405. Mit 20 Figuren. Schluß folgt.

Norway, N. E.: Pepsin in Enuresis. British medical Journal 1896, No. 1891, S. 907—908.

Page, Herbert W.: Clinical Lecture on a Case of fatal pelvic Injury in a Child in which a Collection of Blood in the prevesical Space (Cavum Retzii) simulated Distension of the Bladder. British medical Journal 1896, No. 1855, S. 113—115, 1 Figure.

Paget, Stephan: Recto-vesical Fistula due to tuberculous Ulceration. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1895/1896, S. 135.

Patterson, Francis: The Treatment of vesical calculis in young Children. Therapeutical Gazette, Serie III, Vol. XII, 1896, No. 1, S. 11.

*Picard, Henri: Trois lithotrities sans chloroforme ni cocaine. Annales des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 3, S. 252—253.

Poppert: Ueber eine Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses bei angeborener Blasen- und Harnröhrenspalte. Archiv für klinische Chirurgie, Band 53, 1896, Heft 2, S. 454 bis 464. Mit 2 Figuren.

Poppert: Ueber die Erzielung des normalen Blasenverschlusses bei angeborener Blasen- und Harnröhrenspalte. Mit Krankenvorstellung. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 25. Congr., 1896, Teil I, S. 76; Teil II, S. 411 bis 421.

Posner, Blasenruptur bei progressiver Paralyse. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Georg Lewin gewid., 1896, S. 148—152.

*Pousson, Alfred: Néoplasme de la vessie longtemps méconnu et diagnostiqué seulement à l'aide du cystoscope. Deux opérations à neuf mois de distance. Annales des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 3, S. 243—248.

Prendergast, James F.: A simple Remedy for Enuresis. New-York medical Journal 1896, Vol. LXIV, No. 2, Whole No. 919, S. 49—51.

Redmond, T. O'Connell: Nocturnal Incontinence of Urine. British medical Journal 1896, No. 1844, S. 1089.
Remy, S.: Rétention d'urine chez les accouchées. Archives de gynécologie et de tocologie, Vol. XXIII, 1896, No. 4, S. 296—298.
Roberts, W. O.: Epicystotomy and Use of the hard Rubber stem in the Treatment of old Man's Bladder. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, Vol. XIV, 1896, No. 5, S. 180—185.
Routier: Rétention d'urine, cystite purulente chez une fillette causées par un Kyste dermoide de l'ovaire. Archives de gynécologie et de tocologie, Vol. XXIII, 1896, No. 4, S. 306—311.
Sachs, Willy: Ein neues Harnblasenphantom. Mit 4 Abbildungen. Archiv für klinische Chirurgie, Band 52, 1896, Heft 1, S. 139 bis 144.
Schuchardt, Karl: Ueber gutartige und krebsige Zottengeschwülste der Harnblase nebst Bemerkungen über die operative Behandlung vorgeschrittener Blasenkrebse. Mit 9 Figuren. Archiv für klin. Chirurgie, Band 52, 1896, Heft I, S. 53—76.
*Schuchardt, Karl: Spontane Heilung einer inoperablen bösartigen Blasengeschwulst. Chir. Abt. des städt. Krankenhauses in Stettin. Deutsche medicin. Wochen schrift, Jahrgang 22, 1896, No. 9, S. 133—134.
Schustler: Blasencatarrh und Blasenentzündung. Centralbl. für die gesamte Therapie, Jahrg. XIV, 1896, Heft 4, S. 193—210; Heft 5, S. 257—273; Heft 6, S. 332—344.
Schüler, Leonhard: Stichverletzungen des Darmes und der Blase. Bonn 1896, 8°, 31 S., Inaug.-Dissert.
Schwarz, Carl: Ueber abnorme Ausmündungen der Ureteren und deren chirurgische Behandlung nebst Bemerkungen über die doppelte Harnblase. Mit 4 Tafeln. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band XV, 1896, Heft I, S. 159 bis 244.
Schwieger, Siegfried: Einige Fälle von Lithiasis im Kindesalter. Wien. med. Wochenschr., Jahrg. 96, 1896, No. 38, S. 1641 bis 1646.
Sequeira, J. H.: Case of Ectopia vesicae with patent vitelline duct. The Journal of Anatomy and Physiologie, Vol. XXX, New Ser., Vol. X, 1896, Part. 3, S. 362—369.
Sims, George K.: Myxofibroma of the Bladder in a Child three Years old. Medical Record New-York, Vol. 49, 1896, No. 18, 1328, S. 565-566.
*Strachan, A. Russell: Three Cases of Enuresis successfully treated by similar Methods. Medical Record New-York, Vol. 49, 1896, No. 10, 1322, S. 338.
Taylor, Robert W.: Genito-urinary Diseases. Recent Advance in the Knowledge of Cystitis. Medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 24, 1222, S. 668—670.
Tsakonas, Sokrates: Zur Casuistik der Blasensteine beim Manne. Wiener medicin. Wochenschrift, Jahrgang 46, 1896, No. 29, S. 1299.
Vance, Morgan: Operation within Bladder by means of Cystocele. The medical Age, Vol. XIV, 1896, No. 8, S. 237.
Wallace, David: Some Notes on Surgery of the Bladder. Transactions of the medico-chirurg. Soc. of Edinburgh, New Ser., Vol. XIV, 1895/1896, S. 233—239.
Wehrle, R.: Ein Beitrag zur Casuistik und Diagnose der intraperitonealen Blasenruptur, besonders bei Strictura urethrae. Baden, ärztliche Mitteilungen, Jahrg. 50, 1896, No. 9 und 10.
Westphal, Walter: Ein Fall von Geburtshindernis, bedingt durch die übermäßig ausgedehnte kindliche Harnblase. Königsberg i. Pr., 1896, W. Koch, 8°, 24 S., 1 Tafel.
Witte, Richard: Ueber Blasenwand-Abscesse. Greifswald 1896, 8°, 28 S., Inaug.-Dissert.
Wulff, Otto: Die Blasen-Scheidenfistel sowie die Incontinentia urinae und ihre Behandlung. Nach langjährigen Beobachtungen. Berlin 1896, A. Hirschwald, 8°, III, 47 S. 2 Figuren.

Zamazal, J.: Beitrag zur Aetiologie des unwillkürlichen Harnträufelns. Operirt von A. Prager und J. Zamazal. Wiener medicinische Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 36, S. 563 bis 564.

von Zeissl, Max: Ueber die entnervte Blase. Mit 1 Figur. Laboratorium für experim. Pathol. von v. Basch. Wiener klin. Wochenschrift, Jahrg. IX, 1896, No. 20, S. 394—395.

von Zeissl, Max: Ueber den Blasenverschluß und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre. Wiener medicinische Presse, Jahrgang 37, 1896, No. 21, S. 697 bis 702; No. 22, S. 732—735. Mit 3 Fig.

X. Ureter und Nierenbecken.

Baldy, S. M: A Case of surgical Injury to the Ureter. American Journal of Obstetrics, 1896, March.

Bastianelli, Raffaele: Die neuesten Arbeiten über Harnleiter-Chirurgie. Mit 3 Abbild. Sammelbericht. Monatsschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd IV, 1896, H. 1, S. 65—70.

Bastianelli, Raffaele: Die neuesten Arbeiten über Harnleiter-Chirurgie Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd IV, 1896, H. 2, S. 167—180.

*Boari, Achille: Manière facile et rapide d'aboucher les urétères sur l'intestin sans sutures à l'aide d'un bouton spécial Recherches experimentales. Annales des maladies des organes genito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 1, S. 1—25, avec 15 Figur.

Boldt, H. J: Implantation of the Ureter into the bladder per abdominal Section for the cure of uretero-vaginal Fistula. American Journal of Obstetrics, 1896, June.

Burckhard, G.: Ueber Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstellen in die Harnblase. Patholog. Institut der Univers Zürich. Centralbl. für allgem Pathologie u pathologische Anatomie, Bd. VII, 1896, No. 4, S. 129—139.

*Casper, Leopold: Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Berlin, 1896, O. Coblentz, 8°, 71 S. mit 7 Abbildungen.

Enderlen: Ein Beitrag zur Ureterchirurgie. Deutsche Zeitschr. für Chir., Bd 43, 1896, H. 3, S. 323—328.

Graf, E.: Bacterienbefunde bei primärer Pyelonephritis. Bürgerhospital in Köln. Deutsche medic. Wochenschr., Jahrg. 22, 1896, No. 38, S. 610—612.

Griffon, Vincent: Un nouveau cas de duplicité de l'uretère. Bulletins de la soc. anatom. de Paris, Année LXXI, 1896, Série V, Tome X, No. 8, S. 251—252.

Hektoen, Ludwig: Primary Carcinomes of the Ureter. Medicine, Vol. II, 1896, No. 6, S 448.

Israel, J.: Die Operation der Steinverstopfung des Ureters. Berliner klin. Wochenschr, Jahrg 33, 1896, No 38, S. 841—844.

Kelly, H. A.: The Treatment of Pyoureter and Pyonephrosis by ureteral and renal Catheters. Bulletin of the John Hopkins Hospital, Vol. VII, 1896, No 59, 60, S. 48—50.

Kelly, H., A.: Nephro-ureterectomy Exstirpation of the kidney and ureter simultaneously. Bulletin of the John Hopkins Hospital, Vol. VII, 1896, No. 59, 60, S. 31-37.

*Krause, F.: Demonstration eines Falles von geheilter schwerer Eiterung des Nierenbeckens. Deutsche med. Wochenschr., Vereinsbeil. 6, Jahrg. 22, 1896, No. 9, S. 42.

Maydl: Neue Beobachtungen über Ureterenimplatation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae. Wiener med. Wochenschr., Jahrg 46, 1896, No 31, S. 1373—1378.

*Meslay, René, et Veau, Victor: Double uretère prostatique hydronephrosé coincidant avec deux uretères sains d'abouchant dans la vessie. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année LXXI, 1896, Série V, Tome X, No. 7, S. 208—227, avec 5 Figures.

*Meyer, Willy: Catheterism of the Ureters in the Male and in the Female with the Help of Casper's Ureter Cystocope The New-York medical Journal, Vol LXIII, 1896, S 369—373, with 1 Figur

Monari, Umberto: Ueber Ureter-Anastomosen. Experimentelle Untersuchungen Bologneser chirur. Klinik, Bd. XVII, 1896, H. 3, S. 720—734.

Robb, Hunter: The Surgery of the Ureters and Kidneys. Cleveland medical Gazette, Vol. XI, 1896, No. 3, S 129.

Obici, Aug: Le anomali di sbocco degli ureteri. Istit. di anat. patol. d r. Univ. di Bologna. Bulletino delle scienze mediche di Bologna, Serie VII, Vol VII, 1896, Agoste 44 pp, 1 Tav.

Perkins, George, William: Extraperitoneal Exploration of the Ureter. Annals of Surgery, Part. 44, S. 196—206.

Pisani, Ugo: Proposta di un nuovo metodo di iniecto degli ureteri nel retto. Policlinico, Vol. IIIC, 1896, 8 S.

Schwalbe, G.: Zur Anatomie der Ureteren. Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft auf der 10. Versammlung zu Berlin, April 1896, S. 155—163.

Solger, Bernhard: Zur Kenntnis der spindelförmigen Erweiterungen des menschlichen Harnleiters. Mit 4 Abbildungen. Anatomischer Anzeiger, Band XII, 1896, No. 14, S. 347—352.

Sutton, J. Bland: A Contribution to the Surgery of the Ureter. The Lancet 1896, Vol. I, No. XIX, No. 3793, S. 1275—1277, with 2 Fig.

Thoenes, Carl: Ein Fall von Abbindung beider Ureteren bei Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Bonn 1896, 8°, 36 S., Inaug.-Dissert.

Tuffier: De l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'urétère. La Semaine médicale, Année XVI, 1896, No. 20, S. 153—154. Avec 3 figures.

Valentine, Ferd. C.: Ureteral-Catheterism. The New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, S. 541—542, with 1 Figure.

Voelker, Arthur Francis: Primary Carcinoma of the Ureter. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1895/1896, S. 133.

Wentscher, Johannes: Beitrag zur Aetiologie und chirurgischen Behandlung der acuten eitrigen Pyelonephritis. Greifswald, 1896, 8°, 32 S., Inaug-Diss.

XI. Niere.

*Abelous, J. E. et Bardier, E.: Sur quelques symptomes consécutives à une néphrite expérimentale. Comptes rendus hebdomadaires de la société de biologie, Serie X, Tome III, 1896, No. 3, S. 93, 84.

Aitken, C. Crawford: A Case of Raynaud's Disease associated with Uraemia. The Lancet. 1896, Vol. II, No. XIII, 3813, S. 875—876.

*Alsberg, A.: Zur Dystopie der Nieren. Exstirpation einer im kleinen Becken gelegenen linken Niere. Festschr. z. Feier d. 80jähr. Stiftungsfestes d. ärztl. Ver. zu Hamburg, 1896, S. 173—184.

Amozan, X.: L'albuminurie cyclique et l' albuminurie minim. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Année 43, 1896, No. 68, S. 805—808.

Arenstein, Max: Beiträge zur Aetiologie der acuten Nierenentzündung. Berlin, 1896, 8⁰, 33 S., Inaug.-Diss.

v. Armsberg, Aug.: Ueber alkoholische Nephritis. Giessen, 1896, 8⁰, 37 S.

Arnizzan: Le prodrome des albuminuriers. La Semaine médicale, Année XVI, 1896, No. 41, S. 325 bis 331.

Babacci, F., et Bebi, G.: Osservazioni cliniche e studio sperimentale sull' azione dell' etere e del cloroformio sui reni. Policlinico, 96, Mai.

Baduel, Cesare: Nefrite infettiva acuta secondaria ad eczema impetiginoide, presenza del stafilococco aureo e del diplococco di Fraenkel nel sangue e nelle orine. Settimana medica, Anno L, 1896, No. 25.

Battle, William Henry: A Case of Calculus of the Kidney associated with a Papilloma in the renal pelvis, Nephrotomy, Nephrectomy, Recovery. Transactions of the clinical Society of London, Vol. XXVIII, 1895, 1896, S. 235.

Bell, J. L., and Parkin, Alfred: Total Suppression of Urine for four Days; Nephro-Lithotomy, Recovery. The Lancet, 1896, Vol. II, No. XI, Whole, No. 3811, S. 751.

*Bensaude: Dégénerescence kystique des deux reins simulant le mal de Bright. Bulletin de la société anatomique de Paris, Année LXXI, 1896, Série V, Tome X, No. 5. S. 151.

Bevill, Cheves: The floating or movable Kidney. Medical Record, New-York, Vol. 49, 1896, No. 16, 1328, S. 56, 57.

Bezançon, F., et Piatot: Lésions des reins dans l'ichthyose généralisée. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X. Fasc. 12, S. 388.

Biedl, Arthur und Kraus, Rudolf: Ueber die Ausscheidung der Mikroorganismen durch die Niere. Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmacologie, B. XXXVII, 1895, 1896, Heft 1, S. 1—203.

Bierwirth, J. C.: The clinical Aspect of chronic diffuse Nephritis. The medical News, Vol. LXVIII, 1896, No. 14, 1212, S. 367—371.

Bittner, Wilhelm: Zur Casuistik der Nierensarcome. Fortsetz. No. 33, S. 368—369.

Blackwood, C., Mabel: Congenital Hydronephrosis with or without Dilatation of the Ureters and Bladder. With two illustrative Cases. Edinburgh medical Journal, 1896. No. 490, S. 919—921.

Bradford, John, Rose: Results following the experimental Removal of Portions of the Kidney. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1896, S. 236.

Britzelmayr, Max: Ueber einen Fall von Angiosarcom der Musculatur der linken Thoraxwand mit Metastasen in beiden Nieren. München, 1896, 8⁰, 25 S., Inaug.-Diss.

Brown, F., Tilden: Appearences of surgical and tuberculous Kidneys. Report of the Presbyterian Hospital of New-York, Vol. I, 1896, S. 190.

Canthariden-Intoxication mit acuter Nephritis. Geheilt. Jahrb. der Wiener k. k. Krankenanstalten, Jahrg. III, 1894, 1896, S. 565 bis 566.

Carpenter, Thomas, B.: Casts of the uriniferous Tubules. Buffalo medical Journal, Vol. XXXVI, 1896. No. 1, DXCVII, S. 1—9.

Carrien: De l'action des bains d'air chaud dans l'albuminurie. La Semaine médicale, Année XVI, 1896, No. 41, S. 731.

Claude: Maladie polycystique du foie et des reins. Bulletins de la société anatomique de Paris. Année LXXI, 1896, Série V, Tome X. No. 1, S. 14.

Claude, H.: La maladie polycystique du foie et des reins. Bulletins de la société anatomique de Paris. Année LXXI, 1896, Série V. Tome X, No. 4, S. 109—117.

Corin, Gab.: Pathogénie des néphrites. Annales de la société médico-chirurgicale de Liége, Année 35, 1896, Série III, No. 3, S. 97 bis 104.

Corin, Gabriel: Contribution à la physiologie et à la thérapeutique du rein. Annales de la société médico-chirurgicale de Liége, Année 35, 1896, Série III, No. 8, 9, S. 312—327.

Cunningham, D. J.: On the Form of the Spleen and the Kidney. Transaction of the Roy-Academy of Medic. in Ireland, Vol. XIII, 1895, 1896, S. 440—458, 4 Figurs.

Deale, Henri, B.: Movable Kidney. American Journal of Obstetrics, 1896, May.

Dickinson, W. L.: Solitary Kidney. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1895, 1896, S. 81.

Droese, Arthur: Beiträge über die Ursachen der Nephritis, gesammelt und geordnet aus den Krankengeschichten der Kgl. med. Klinik zu Göttingen. Göttingen, 1896, 8°, 54 S., Inaug.-Diss.

Duchenne: Observations sur un mode de développement du Brightisme et de la lithiase rénale. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 48, S. 495—496.

Duplay, S.: Hydronéphrose intermittente inféctée. L'Union méd., Année 51, 1896, Vol. 23, S. 265—270.

Ebstein, Wilhelm: Eigenthümlicher Krankheitsverlauf bei Uterus unicornis und Einzelniere. Archiv f. pathol. Anatomie, Bd. 145, 1896, No. 1, S. 158—164.

*Ebstein, Wilh., und Nicolaier, Arthur: Ueber die Ausscheidung der Harnsäure durch die Nieren. Medic. Univ.-Klinik in Göttingen, mit 1 Taf. Arch. f. pathol. Anatomie, Bd. 143, 1896, H. 2, S. 337 bis 369.

Edwards, Arthur, R.: The differential Diagnosis of Uraemia and Meningitis with Report of obscure Cases. The American Journal of the medical sciences, Vol. CXII, 1896, No. 2, Whole No. 202, S. 191 bis 196.

Elb, Georg: Zur Kenntniss der renalen Haemophilie. Berlin, 1896, 8°, 30 S., Inaug.-Diss.

Falkenheim: Weitere Mitteilungen über Vaccination und Nephritis. Verhandl. d. 12. Vers. d. Ges. für Kinderkrankh. in Lübeck, 1895/96, S. 209—220.

Fedoroff, J.: Ueber Nephrectomien mit Anlegung von Klemmpincetten à demeure. Centralbl. f. Chirurgie, Jahrg. XXIII, 1896, No. 26, S. 617—620.

*Fellner, Leopold: Ueber Wanderniere und deren Behandlung mittelst Thure-Brandt'scher Massage. Wien. medicin. Wochenschr., Jahrg. 46, 1896, No. 10, S. 398—402; No. 12, Seite 484—487; No. 13, Seite 532 bis 534.

Fornaco, Luigi: Il datteto dictronzio nella cura delle nefriti. Riforma medica, Anno XII, 1896, S. 158.

*Fraenkel: Demonstration d. Nieren eines an roter Granularatrophie der Nieren verstorbenen 67jährigen Herrn. Deutsche med. Wochenschr., Vereinsbeil. 6, Jahrg. 22, 1896, No. 9, S. 93.

Franks, Kendal: Ueber bewegliche Nieren. Allgem. Wiener medicin. Zeitung, Jahrg. XLI, 1896, No. 2, S. 14—15; No. 3, S. 26 bis 27.

*Fuller, Eugene: Interesting Points connected with a nephrectomy secondary to a Nephrotomy. Journal of cutaneous and genitourinary Diseases, Vol. XIV, 1896, No. 4, S. 146—150, with 1 Figur.

Funke, Gotthold: Ueber den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus, Nephritis chronica und Cataract. Berlin, 1896, 8°, 28 S., Inaug.-Diss.

Gaston et Keim, Gustave: Néphrite albumineuse. Phlébite double. Ulcérations ecthymateuses des jambes. Gangrène symétrique superficielle des orteils survenus après une pneumonie. Rétrécissement mitral. Néphropathie familiaire héréditaire. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Année VII, 1896, No. 1, S. 56—57.

Gaucher, E., et Gallois, P.: Thérapeutique des maladies du rein, avec un abrégé de l'étiologie et de la symptomatologie. Paris, 1896, O. Doin, 8°, VIII, 267 und 2. 245 S.

Gerota: Beiträge zur Kenntniss des Befestigungsapparates der Niere, mit 2 Tafeln. Archiv für Anatomie u. Entwicklungsgeschichte, Jahrg. 1895. 1896. H. 4—6. S. 265—285.

Gillespie, W., Lockhart: Albumosuria in chronic Kidney Disease. The Lancet, 1896, Vol. II, No. 2; Whole No. 3802, S. 109—111.

Glénard, Franz: Caractères objectifs et diagnostique du rein mobile, néphroptose. Procédé néphroleptique. Paris, 1896, G. Masson, 8°, 134 S., 8 Figur.

*de Gorsse, B.: Kystes hydatiques de la plèvre et du rein. Bulletins de la société anatomique, Année 71, 1896, Série V, Tome X, No. 11, S. 346.

Griffon, Vincent: Atrophie et adipose des reins calculeux. Avec 2 Figur. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, T. X, Fasc. 35, S. 481—85.

Guilleminot, Hyacinthe: Contribution à l'étude de l'albuminurie dans les maladies chroniques et de ses supports avec la pression artérielle. Paris, 1896, Steinheil, 4°, 112 S.

Haig, A.: Uric Acid as a Factor in the Causation of Disease, a Contribution to the Pathology of Brights Disease, Diabetes, Gout. Rheumatism and other Disorders. 3. Edition. With 63 Illustrat. London, 1896, Churchill, 8°, 616 S.

Harrison, Reginald: A Contribution to the Study of some Forms of Albuminuria associated with Kidney Tension and their Treatment. The Lancet, 1896, Vol. I, No. 1, 3775, S. 18—20.

Hausmann, Walther: Ein Fall von congenitalem multiloculärem Adenokystom der Nieren. Leipzig, 1886, 8°, 59 S.

Helber, Ernst: Ueber die Nierenerkrankungen Schwangerer. Berlin, 1896, 8°, 30 S., Inaug.-Diss.

Herzfelder, Jacob: Neuer Bericht über Nephrectomie und Nephrotomie etc. Zusammengestellt aus der Litteratur von Ende September 1894 bis Anfang März 1896. Allgemeine med. Centralzeitung, Jahrgang 65, 1896, No. 70, S. 837—840; No. 71, S. 851—852; No. 72, S. 863—864; No. 73, S. 874 bis 876.

v. Hippel: Ueber Nierenchirurgie. Deutsche med. Wochenschr., Vereinsbeil 1, Jahrg. 22, 1896, No. 2, S. 3—4.

Hirsch, Carl: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre von der Bleiniere. Leipzig, 1896, 8°, 55 S.

*Hirschlaff, W.: Zur Kenntniss der Pyonephrose in bacteriologischer Beziehung. Innere Abth. d. städt. Krankenhauses Friedrichshain in Berlin. Deutsche med. Wochenschr., Jahrg. XXII, 1896, No. 24, S. 377—379.

Horstmann, Hermann: Ueber den Zusammenhang von Syphilis mit Schrumpfniere. Pathol. Institut. Kiel, 1896, 8°, 17 S., Inaug.-Diss.

Huber, Ad.: Contribution à l'étude de la résorption au niveau du rein. Archives de physiologie normale et pathologique, Série V, Tome VIII, 1896, No. 3, S. 553—562.

Huber, Ad.: Recherches expérimentales sur la résorption au niveau du rein. Archives du physiologie norm. et patholog., Année XXVIII, 1896, S. V, Tome VIII, No. 1, S. 140—150.

Jacobi, A.: Nephritis of the newly born. New-York medical Journal, Vol. LXIII, 1896, No. 35, 65.

Jacobsen: Kyste de l'éxtrémité inférieure du rein gauche. Compression de l'urétère gauche. Pyélonéphrite suppurée gauche. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, Fasc. 9, S. 294 bis 297.

v. Jaksch, R.: Beitrag zur Kenntniss der Uricacidämie der Nephritiker. Centralbl. f. innere Medicin, Jahrg. XVII, 1896, No. 21, S. 545 bis 548.

Janowski, W.: Ein Fall von temporärer Niereninsufficienz (Insufficientia renum transitoria). Zeitschr. für klin Medicin, Bd XXXI, 1896, H 1, 2, S. 166—171.

Jeanne: Tumeur de la région rénale. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, No. 13, S. 431.

Johnson, G.: The Pathology of contracted granular Kidney and the associated cardio-arterial changes. London, 1896, Churchill, 8°.

Johnson, F. W.: Carcinoma of the right kidney. Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXV, 1896, No. 3, S. 59, 60.

Jolly, J.: Anomalies rénales. Rein unique. Duplicité bilatérale des urétères. Artères rénales multiples. Rein en fer à cheval à trois hiles. Bulletin de la société anatomique de Paris, Année LXXI, 1896, Série V, Tome X; No. 1, S. 9—11, Avec 2 Figures.

Kabiersche, A.: Ueber die acuten Nierenerkrankungen im Frühstadium der Lues und ihre Behandlung. Breslau, 1896, 8°, 30 S., Inaug.-Diss.

Kaempf, Wilhelm: Bericht über sieben Nephrectomien Marburg, 1896, 8°, 36 S., Inaug.-Diss.

Keen, William: Traumatic Lesions of the kidney. Annales of Surgery, Part. 44, 1896 S. 138—182.

Keleynack, T. N: A Case of arenal Adenoma. The Journal of Anatomy and Physiology, Vol. 30, New Series, Vol. 10, P. 7, 4, 1896, S. 539 bis 544, with 2 Figur.

Keller, Arthur: Beiträge zur Kenntniss der cyklischen Albuminurie. Breslau, 1896, 8°, 36 S., Inaug.-Diss.

King, Herbert, Max.: A Case of renal Phthisis complicating pulmonary Tuberculosis. The New-York medical Journal, Vol. LXIV, 1896, No. 2; Whole No. 919, S. 39 bis 41

Klemperer, G.: Zur Therapie der harnsauren Nierenconcretionen Berliner klin. Wochenschrift, Jahrg. XXXIII, 1896, No. 33, S 729—734.

Knapp, Ludwig: Klinische Beobachtungen über die Wanderniere der Frauen. Berlin 1896, Fischer's med. Buchhandlung, 8°, 72 S.

Knapp, Ludwig: Klinische Beobachtungen über die Wanderniere der Frauen. Frauenklinik a. d. deutschen Univers. in Prag. Mit 2 Taf. Zeitschrift für Heilkunde, Band XVII, 1896, Heft 2/3, S. 189 bis 257.

*Kolisch, R.: Ueber Verhalten der Alloxurkörper im Harn bei Nephritis. Neusser's Klinik in Wien. Wiener medic. Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 8, S. 117—119.

Kofmann, G.: Eine Studie über die chirurgisch-topographische Anatomie der Niere. Wiener med. Wochenschrift, Jahrg. 46, 1896, No. 26, S. 1149—1154, No. 27, S. 1200—1202, No. 28, S. 1251 bis 1253.

Kolster, Rod.: Etude sur le développement du rein rudimentaire. Archives des sciences médicales, Année I, 1896, No. 2, S. 172.

Kreich, Alfred: Achtzehn Nieren-Operationen aus der Münchener chirurgischen Klinik. München 1896, 8°, 52 S. Inaug.-Dissert.

Kremser, Th.: Ueber zehn Fälle von subcutanen Nierenverletzungen durch stumpfe Gewalt. Seemannskrankenhaus. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten, Band IV, Jahrg. 1893/94, 1896, S. 594—605.

Küster: Die Indicationen der Nephrectomie. Verhandlungen des 14. Congresses für innere Medicin, 1896, S. 294—297.

Lafourcade: Un cas de Kyste hydatique du rein. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 76, S. 767—769.

*Lapoints, André: Hydronéphrose du rein droit. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison. Bulletins de la société anatomique, Année 71, 1896, Série V, Tome X, No. 11, S. 367—368.

Latruffe, Eugen: Un cas d'ectopie rénale congénitale. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, No. 11, Seite 343 bis 345, avec 1 figure.

Leith, R. F. C.: Three Cases of Hydronephrosis. Transactions of the med.-chirurg. Soc. of Edinburgh, New Ser., Vol. XIV, 1895/96, S. 208—210.

Leith, R. F. C.: A cystic kidney. Transactions of the med.-chirurg. Soc. of Edinburgh, New Ser., Vol. XIV, 1895/96, S. 243.

Leith, R. F. C.: A severe Rupture of the Kidney. Ibidem S. 210.

Lelienthal, Howard: Surgical renal Disease. Annals of Surgery, Part 39, 1896, S. 257—268.

Lennander, K. G. och Gundberg, Carl: Perinephritis acuta post nephritidem ascendentem gravidae (bacterium coli commune). Arsber. från akad. sjukh i Upsala. Kir. och patolog.-anat afd. s. 1, 1896.

Lindegger, Gaspard: Contribution à l'étude du gros rein polykystique et de son opération. Paris 1896, Ollier-Henry, 4°, 87 S.

Linder, Christoph: Ein Fall von primärem Sarkom der Niere. München 1896, 8°, 34 S. Inaug.-Dissert.

Lockhead, Matthew: A Case of movable kidney with dilatation of the Stomach. Glasgow medical Journal, Vol. XLV, 1896, No. 6, S. 419—421.

Lotheisen, Georg: Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren. 1 Taf. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 52, 1896, Heft 4, S. 721—776.

Lund, Herbert: Three surgical Cases Nephrolithotomy. Nephrorrhaphy, Nephrectomy. Lancet 1896, Vol. I, No. VII, 3781, S. 417—418.

Mc Laren, J. Shaw: A right Kidney removed for malignant Disease. Transactions of the med. chirurg. Soc. of Edinburgh, New Ser., Vol. XIV, 1895/1896, S. 207.

Mc Webney, Edmond J.: On Kidney Tumours derived from suprarenal Rests. Illustrated. British medical Journal 1896, No. 1832, S. 323—326.

Malcolm, John: Nephrectomy for malignant Tumour in a Patient under two Years of Age. Child shown in good Health 2 Years and 4 Months after Operation. Transactions of the clinical Society of London, Vol. XXVIII, 1895/96, S. 287.

Manasse, Paul: Zur Histologie und Histogenese der primären Nierengeschwülste. Patholog. Institut in Straßburg. Mit 1 Tafel. Archiv für patholog. Anatomie, Bd. 143, 1896, Heft 1, S. 278—324.

Manasse, Paul: Zur Histologie und Histogenese der primären Nierengeschwülste. Aus dem pathologischen Institut zu Straßburg i. E. Schluß. Archiv für pathologische Anatomie, Bd. 145, 1896, Heft 1, S. 113—157. Mit 1 Taf.

Maresch, Rudolf: Ueber die Zahl und Anordnung der Malpighi'schen Pyramiden der menschlichen Niere. Aus Chiari's patholog.-anatom. Institut an der deutschen Univers. zu Prag. Mit 1 Abbildung. Anatomischer Anzeiger, Bd. XII, 1896, No. 12 u. 13, S. 299—311.

Marischler, Julius: Ein Fall von lymphatischer Leukämie und einem Grawitz'schen Tumor der rechten Niere. Wiener klinische Wochenschrift, Jahrg. IX, 1896, No. 30, S. 686—690.

*Markwald, Benno: Ueber Geistesstörungen bei Nephritis. Zeitschrift für practische Aerzte, Jahrg. V, 1896, No. 7, S. 209—214.

Martin: Tumeur du rein droit du poids de 2200 g chez un enfant de 5 mois, compression de l'urétère gauche par la masse néoplasique, hydronéphrose. Lyon médical, Année LXXXII, 1896, S. 326.

Mc Enroe, William H.: A Summary of the Treatment of chronic renal Diseases. Medical Record. New-York, Vol. 49, 1896, No. 38, Whole No. 1338, S. 920—923.

*Mendelsohn, Martin: Exstirpation einer Niere. Deutsche medicin. Wochenschrift, Jahrgang XXII, 1896, No. 17, S. 258—259.

Meyer, Hans: Ueber Nephrectomie bei Nierentuberculose. Chirurg. Klin., Kiel 1896, 8°, 13 S. Inaug.-Diss.

Moglie, G.: Retinite albuminurica, studi istologico e clinico in riguardo specialmente ai rapporti om la malattie renale. Policlinico 1896, Juni.

Mongour: Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtérique chez l'homme. Congrès français de médecine. 2. session 1895, Rapports 1896, S. 817—818.

Morris, Robert T.: Removal of Gall-Stones, ovarian Cyst. Spleen-Kidney and Ureteren Masse. Buffalo medical Journal, Vol. XXXV, 1896, No. 12, DXCVI, S. 954—958.

Moussous: Spasmes rythmiques musculaires dans l'urémie. Congrès français de médecine, 2. session 1895. Rapports . . . 1896, S. 686 bis 692.

Müller, Hellmuth: Ueber die Lipome und lipomatösen Mischgeschwülste der Niere. Patholog. Institut der Univers. Rostock Mit 3 Figuren. Archiv für patholog. Anatomie, Bd 145, 1896, Heft 2, S. 339—368.

v. Mutach, A.: Beitrag zur Genese der congenitalen Cystennieren. Bern 1896, 8°, 43 S. 2 Taf.

Naumann, G.: Ren mobilis, Nephrorrhaphia. Hygiea XLVIII, 1896, No. 2, S. 153.

Newman: Cases of primary Cancer of the Kidneys. Glasgow medical Journal, Vol XLV, 1896, No. 3, S. 179—187.

v. Noorden, C.: Zur Behandlung der harnsauren Nierenconcremente Verhandlungen des 14. Congresses für innere Medicin, 1896, S. 308 bis 313.

Nothnagel: Ueber Urämie Allgemeine Wiener medic. Zeitung, Jahrgang XLI, 1896, No. 11, S 120 bis 121, No 12, S 132—133, No. 13, S. 144—145.

Oechsle, Julius: Ueber Wanderniere und deren Behandlung durch Nephrorrhaphie München 1896, 8°, 27 S. Inaug.-Dissert.

Oliver, Charles A.: A brief résumé of a comparative Study in the ophthalmological Conditions seen in interstitial Nephritis as found in Dispensary Service and in general Hospital Practice Philadelphia Hospital Reports, Vol. III, 1896.

Ord, W. M.: Lectures on renal Diseases The Practitioner No. 331, S. 46—58, No 332, S 123—135, No. 333, S. 266—279, No. 234, Vol. LVI, 1896, S. 375—387.

Ord, W. M: Lectures on renal Diseases, Lecture V. Contracting granular Kidney The Practitioner, No. 336, Vol. LVI, 1896, No. 6, S. 589—600.

Peiper, Erich und Schnaase, Siegfried: Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrg. 33, 1896, No. 4, S. 76—78.

Pel, P. K: Die acute und chronische Nierenentzündung (Morbus Brighti). Amsterdam 1890, van den Broecke, 8°, V. 81 S.

Pierret, L'urémie à forme nerveuse. Faculté de médecine de Lyon. Le Progrès médical, Série III, 1896, Tome IV, No. 27, S. 1—3.

Pierret: Symptôme surémiques localisées. Le Progrès médical, Série III, Tome III, 1896, No. 24, S 369—371.

Pollaci, Giuseppe: Le gliandole sudoripare nei nefritici Riforma medica, Anno L, 1896, No. 92.

Pousson, Alfred: L'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale primitive est-elle légitime? Congrès français de médecine. 2 session 1815, Rapports . . 1896, S 681—686

Pousson: De la tuberculose rénale primitive. Mémoires et bulletins de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1896, Fsc. 1/2, S. 14—28.

Pousson, Adolf: L'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale primitive est-elle légitime? Archives clinicales de Bordeaux, Année V, 1896, No. 1, S. 25.

Prisco, Bernardo: Alterazioni del fegato e dei reni determinate dai prodotti della putrefazione intestinale. Riforma medica, Anno XII, 1896, S, 145.

Proben, Charles J.: Experience with Pilocarpine in the Treatment of the Uraemia of Bright's Disease. The New-York medical Journal 1896, Vol. LXIV, No. 3, Whole No. 920, S. 75—79.

Pye-Smith, P. H.: Cystic Kidney of large Size in an Adult. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1895/96, S. 81.

Queisolo, G. B.: Morbo di Bright successivo a scarlatina, complicante erisipela, esito infausto. Riforma medica, Anno XII, 1896, No. 99.

Rafin: Néphrotomie pour rein tuberculeux. Lyon médical, Année LXXXI, 1896, S. 196.

Rau, Wilhelm: Ueber Abstammung von Nierensarkomen aus versprengten Nebennierenteilen. Bonn 1896, 8°, 25 S. Inaugural-Dissertation.

Ribbert, Hugo: Untersuchungen über die normale und pathologische Physiologie und Anatomie der Niere. Bibliotheca medica, Abt. C, Heft 4, Cassel 1896, Th. Fischer, 4°, V, 38 S. 2 Doppeltafeln.

Ricard: Adénome hémorrhagique, du rein néphrectomie transpéritonéale, guérison. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 61, S. 626—628.

*Rommel, Otto: Die Ausscheidung der Alloxurkörper bei Gicht und Schrumpfniere. I. med. Klinik von Leyden. Zeitschrift für klinische Medicin, Band 30, 1896, Heft 1 und 2, S. 200—232.

*Rommel, Otto: Ueber die Ausscheidung der Alloxurkörper unter physiologischen Bedingungen und bei Nephritis. Berlin 1896, 8°, 30 S. Inaug.-Dissert.

Sabrazès: Erythème multiforme et néphrite aigue par surmenage et toxiinfection. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VII, 1896, No 4, S. 627—636.

Saft, Heinrich: Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett und von deren Verhältnis zur Eclampsie. Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Breslau. Archiv für Gynäkologie, Bd. 51, 1896, Heft 2, S. 207—224.

Schmerber, Felix: Recherches anatomiques sur l'artère rénale. Lyon 1895, Plan, 4°, 87 S. 4 planch.

Schmerber: Les artères de la capsule graisseuse du rein. Avec 1 planche. Travaux du laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine de Lyon. Internationale Monatsschrift für Anatomie und Physiologie, Band 13, 1896, Heft 7, S 241—268. A suivre.

Schmerber: Les artères de la capsule graisseuse du rein. Avec 1 planche. Internationale Monatsschrift für Anatomie und Physiologie, Band XIII, 1896, No. 8, S. 274—277.

Schmitz, B.: Wegweiser für Nierenkranke. Allgemeine Vorschriften für Nierenkranke bei der Kur im Bad Wildungen. Wildungen 1896, C. Hundt, 8°, 36 S.

Schnaase, Siegfried: Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung. Greifswald 1896, 8°, 24 S. Inaug.-Dissert.

*Schnaubert, W. N.: Ueber die Wirkung der Milchdiät auf die Harnabsonderung. Wratsch neb. Sapisski 1896, No. 3 u. 4 (Russisch).

Schön, G: Eine Beobachtung über familiäre cyklische Albuminurie. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XLI, 1896, Heft 3/4, S. 307—311.

*Schramm, Justus: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenexstirpation. Berl. klin. Wochenschr, Jahrg. 33, 1896, No. 6, S. 113—116.

Schulte, Joseph: Zur Casuistik der Nierenechinokokken. Greifswald, 1896, 8°, 29 S., Inaug.-Diss.

Schultz, Paul: Ueber congenitale Cystennieren mit besonderer Rücksicht auf ihre Genese. Halle a. S, 1896, 8°, 21 S, Inaug.-Diss

*Seefisch: Verletzungen des Urogenitalapparates. Schussverletzung der linken Niere. Ruptur der linken Niere. Stichverletzung der Blase. Vereinsbeilage No. 16 der Deutsch. med. Wochenschr., Jahrg. 22, 1896, No. 22, S 101—102.

Seelig, Albert: Die Methode zum Nachweis localer Zuckerausscheidungen in den Organen, speciell in den Nieren. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd 37, 1896, H. 2, 3, S. 156—158.

Seibert, A.: Die Nephritis beim Darmkatarrh kleiner Kinder Allgem. Wiener med. Wochenschr, Jahrg. XLI, 1896, No. 7, S 73, 74

Senator, H.: Die Erkrankungen der Niere H. 2, S. 144—448. Specielle Pathologie und Therapie, herausgeg. von Hermann Nothnagel. Bd. XIX, Th I, Abth. 2, Wien, 1896, Alfred Hölder (Th. I, 1895).

Shirley, Matthew: Case of chronic Nephritis in which the severe Droppy disappared after persisting for nearly twelwe months. The Lancet, 1896, Vol. 1, No. XXVI, 3800, S. 1793.

Simmonds, M.: Ueber Nierenveränderungen bei atrophischen Säuglingen Mit 1 Tafel. Deutsches Archiv für klin Medicin, Bd 56, 1896, H 5, 6, S 385—401.

Spiro: Ueber Narkose und Nierensecretion. Der ärztliche Practiker, Jahrg. IX, 1896, No 7, S 193—195.

Steffen, Wilhelm: Congenitale Verlagerung der linken Niere Jahrb. für Kinderheilkunde und physische Erziehung Neue Folge, Bd. 41, 1896, H 3, 4, S. 456—459.

*Steiner: Präparate von der Ruptur eines Nierenabscesses. Vereinsbeilage No. 16 der Deutschen med. Wochenschr., 1896, S 104.

Syringe: New urethral. British medical Journal, 1896, No 28, 29, S 155, with 1 Figur.

Tammann, G: Die Thätigkeit der Niere im Lichte der Theorie des osmotischen Druckes. Zeitschr für physikalische Chemie, Bd. XX, 1896, H 2, S. 180—198.

Thomas, John, Jenks: Nephritis in infantile Scurvy. The Boston medical and surgical Journal, Vol. CXXXV, 1896, No 10, S. 230 bis 234.

*Thornton, J., Knowsley: Cases illustrating the Surgery of the Kidney. The Lancet, 1896, Vol. 1, No. 2, 3776, S. 92—94.

Tirard: Indigestion and Brighths Disease A Paper read before the Nottingham medico chirurgical Society. The Lancet, 1896, Vol II, No. 6, 3806. S. 377—379.

*Trantenroth, A.: Lebensgefährliche Hämaturie als erstes Zeichen beginnender Nierentuberculose. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, Bd. I, 1896, H. 1, S. 136—142.

*Tscheschichin, J.: Ein Fall von acuter Nephritis mit Gangrän der unteren Extremitäten. Medicinskoje Obosrenie, 1896, No. 3 (Russ.).

Tuley, Henry, E: Nephritis in Children. Medical News, Vol. LXIX, 1896, No. 6, Whole No. 1230, S. 149 bis 152.

Turner, T M.: On scarlatinal Nephritis and its Varieties. Guy's Hospit Reports, Vol. II, 1895, 1896, S. 173—202, with 1 Plate.

Tuttle, George, A: Tumors of the Kidney. Report of the Presbyterian Hospital of New-York, Vol. I, 1896, S. 148.

Tyson, James: Contraindication in the Use of Salol in Nephritis. Universal medical Magazin, Vol. VIII, 1896, No. 7, S. 526.

Tweedy, C., J.: Concerning Bright's Disease. Medic. News, Vol. LXVIII, 96, No. 22, S. 608—611.

Vincent: Néphrectomie. Lyon médic., Année LXXXII, 1896, S. 357.

*Wagner, Paul: Zur Kenntniss der traumatischen Hydronephrose. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Bd VII, 1896, H. 1, S. 1—15.

*Wagner, Paul: Die Grenzen der Nierenexstirpation. Festschrift für Benno Schmidt zur Feier der Vollendung seines 70. Lebensjahres, 1896, S. 244—254.

Walsh, James, J.: Kidney Anomalies with special Reference to the Surgery of the Kidney. Universal medical Magazine, Vol. VIII, 1896, No. 7, S. 622.

Watson, F., G.: Further Cases of illustrative of renal Surgery. Boston medical and surgical Surgery, Vol. CXXXV, 1896, No. 6, S. 14—16.

Weinberg: Epithélioma primitif tubulé du rein avec envahissement du l'urétère. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, Fasc. 16, S. 538.

Westerode, A.: Die Nierenaffectionen in der Gravidität und ihre Beziehungen zur chronischen Nephritis Würzburg. 1896, 8⁰, 26 S, Inaug.-Diss

*White, W., Hale: Acute Nephritis, due to oxalic acid Poisoning. The Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. IV. 1896, No. 1, S. 156—159.

Willet, Edgar: Case of congenital cystic Adenoma and of Carcinoma of the Kidney. Transactions of the pathological Society of London, Vol XLVI, 1895, 1896, S. 86.

Witte, Paul: Erworbenes multiloculäres Adenokystom und angeborene cystische Entartung der Nieren. Königsberg i./Pr., 1896, 4⁰, 24 S, mit 2 Taf., Inaug-Diss

Yeoman, J., B: Occurrence of an cavernous renal Calculus. The Journal of Anat. and Physiol., Vol. 30, New Series, Vol. 1007, 4⁰, 1896, S 527—529.

Zaborowski, St.: Zur Frage nach dem Einfluss des Wassers von Borzom auf Zertheilung der Harnsäure und über die therapeutische Anwendung dieses Wassers bei Nieren-Lithiasis. Warschau, 1896, 8⁰, 109 S., Inaug.-Diss von Jurjeff.

Zeehuisen, H.: Beitrag zur Kenntniss der sogenannten physiologischen Albuminurie. Centralbl. für innere Medicin, Jahrg XVII, 1896, No 2, S. 33—41.

Zeller, Xavier: Des phlegmons périnéphritiques tuberculeux d'origine renale. Lyon, 1896, Rev. 4⁰, 72 S.

Zienetz, M: Ueber Albuminurie beim Abdominaltyphus. Wiener med. Wochenschr, Jahrg. 46, 1896, No. 1, S. 7—14; No. 2, S 48 bis 54.

Zipperlen, Victor: Ueber einen Fall von primärem Nierensarcom. Tübingen, 1896, F. Pietzcker. 8⁰, 24 S.

*Zuelzer, G.: Ueber die Alloxurkörperausscheidung im Harn bei Nephritis. Städt. Krankenhaus zu Frankfurt a./Main. Berliner klin. Wochenschr., Jahrg. 33, 1896, No. 4, S. 72—75.

Zumbroich, Clemens: Ein Beitrag zur Casuistik der doppelseitigen Wandernieren. Greifswald. 1896, 8⁰, 28 S., Inaug.-Diss

XII. Nebenniere.

Auld, A. S.: A third Report on the suprarenal Gland an the Causation of Addison's Disease. British medical Journal 1896, No. 1853, S. 10—12, with 3 Figures.

Auscher: Épithélioma de la capsule surrénale généralisé. Bulletins de la société anatomique de Paris, Année 71, 1896, Série V, Tome X, No. 11, S. 357.

Berardi, G.: Contributo alla patologia del morbo d'Addison. Archivio italian. di Clinic. med., Anno XXXV, 1896, No. 1, S. 17.

*Boinet, Ed.: Maladie d'Addison expérimentale chez le rat d'égout. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 19, S. 179—180.

Boinet, Ed.: Action antitoxique des capsules surrénales. Gazette des hôpitaux, Année 69, 1896, No. 43. S. 447—449.

Boinet, Ed.: Recherches expérimentales sur la pathogénie de la maladie d'Addison. Congrès français de médecine. 2. session 1895. Rapports . . . 1896, S. 699—707.

Boinet, Ed.: Action antitoxique des capsules surrénales sur la neurine. Marseille médic. 1896, 1. Juillet.

Bradbury, J. B.: A Case of Addison's Disease without Pigmentation. Necropsy. The Lancet 1896, Vol. II. No. XIV, 3814, S. 943—944.

Cervellini, Francesco: Un caso di malattia di Addison seguita da guarigione. Riforma medica, Anno XII, 1896, No. 154.

Chvostek, F.: Störung der Nebennierenfunction als Krankheitsursache (Morbus Addisonii). Ergebnisse der allgemeinen Aetiologie der Menschen- und Tierkrankheiten. Von O. Lubarsch und R. Ostertag, 1896, Abteilung I, S. 100—108.

Cybulski, N.: Ueber die Function der Nebenniere. Wiener medicin. Wochenschrift, Jahrgang 46, 1896, No. 6, S. 214—218, No. 7, S. 255 bis 259.

Davis, Arthur N: A Case of Carcinoma of the suprarenal Capsule. Necropsy. The Lancet 1896, Vol. II, No. XIV, 3814, S. 944.

Dubois, A. A: Des variations de toxicité de capsules surrénales. Archives de physiologie normale et pathologique, Année XXVIII, 1896, Sér. V. Tome VIII, No. 2, S. 412—425.

Fränkel, Sigmund: Beiträge zur Physiologie und physiologischen Chemie der Nebenniere. Wiener medicinische Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 14, S. 211—213; No. 15, S. 228—230; No. 16, S. 246—247.

Francis, L. A.: Suprarenal Extract in Addison's Disease. British medical Journal 1896, No. 1844, S. 1088.

Gousfein: Recherches physiologiques sur la function des glandes surrénales. Revue médicale de la Suisse Romande, Année XVI. 1896, No. 3, S. 113—142.

Hansemann, David: Ein seltener Fall von Morbus Addisonii. Nach einem in der Hufeland'schen Gesellschaft gehaltenen Vortrage. Berliner klinische Wochenschrift, Jahrg. 33, 1896, No. 14, S. 296 bis 297.

Hansemann, David: A rare Case of Addison's Disease. The medical Age, Vol. XIV, 1896, No. 10, S. 294 bis 295.

Hawkins, Francis H.: Extensive perirenal Haemorrhage. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1895/1896, S. 212.

von Kahlden, C.: Ueber Addison-sche Krankheit und über die Function der Nebennieren. Zusammenfassendes Referat. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, Bd. VII, 1896, No. 11/12, S. 464—502.

Langlois et Charrin: Du rôle des capsules surrénales dans la résistance à certaines infections. Comptes rendus de la société de biologie. Série X, Tome III, 1896, No. 24, S. 708—710.

Letulle, Maurice: Adénomes de la glande surrénale. Archives des sciences médicales, Année I, 1896, No. 1480.

Lubarsch, O.: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Nebenniere. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere, Abteilung III, 1896, S. 488—519.

Morbus Addisonii. Tod. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. Jahrg. III, 1894/1896, S. 932—933.

Mühlmann, M.: Zur Physiologie der Nebenniere. Deutsche medic. Wochenschrift, Jahrg. XXII, 1896, No. 26, S. 404—412.

Oestreich, R.: Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii. Zeitschrift für klinische Medicin. Band 3, 1896, Heft 1/2, S. 123—129.

Petit, Auguste: Action de la pilocarpine, du curare et de la toxine diphtéritique sur la glande surrénale. Comptes rendus de la société de biologie, Série X, Tome III, 1896, No. 19, S. 535—536.

Petit, A.: Recherches sur les capsules surrénales. Avec 2 planches. Journal de l'anatomie, Année 32, 1896, No. 3, S. 301—362.

Petit, Auguste: Recherches sur les capsules surrénales. Suite et fin. Avec 2 planches. Journ. de l'anatomie et de la physiologie, Année XXXII, 1896, No. 4, S. 369—419.

Renner: Neue Symptome der Addison'schen Krankheit. Vereinsblatt der pfälzischen Aerzte, Jahrg. XII, 1896, No. 3, S. 53.

Ricker, Gustav: Zur Histologie der in der Niere gelegenen Nebennierenteile. Patholog. Institut in Zürich. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie, Band VII, 1896, No. 8/9, S. 363—370.

Rolleston, H. D.: Fibro-adenomatous Tumour of the suprarenal. Transactions of the pathological Society of London, Vol. XLVI, 1895/1896, S. 150.

Schmey, Fedor: Ueber die Beziehungen zwischen Nebennierenerkrankung (Morbus Addisonii) und Menstruationsstörungen. Allgemeine medicin. Central-Zeitung, Jahrg. 65, 1896, No. 69, S. 825—826.

Schmey, Fedor: Ueber die traumatische Entstehung des Morbus Addisonii. Allgemeine medicinische Centralzeitung, Jahrgang 65, 1896, No. 15, S. 171—173.

Sibley, Knowsley: A Case of Addison's Disease. Necropsy. The Lancet 1896, Vol. I, No. XXI, Whole No. 3795, S. 1426—1427.

Szymonowicz, Ladislaus: Die Funktion der Nebenniere. Archiv für die gesamte Physiologie, Bd. 64, 1896, Heft 3/4, S. 97—164.

Velich, Alois: Ueber die Einwirkung des Nebennierensaftes auf den Blutkreislauf. Wiener medic. Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 15, S. 227—228; No. 16, S. 245—246; No. 17, S. 262—264; No. 18, S. 279 bis 280, No. 19, S. 295—297.

Velich, Alois: Ueber die Einwirkung des Nebennierensaftes auf den Blutkreislauf. Wiener medic. Blätter, Jahrg. XIX, 1896, No. 20, Seite 311—314; No. 21, Seite 324 bis 326.

Vincent, Swale: The suprarenal Gland. British medical Journal 1896, No. 1860, S. 470—471.

XIII. Technisches.

Carlier: Un nouveau cône fixateur à griffer pour l'introduction des sondes de Malécot et de Pezzer. Annales des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 4, S. 328—330.

Catheter, a Rubber-. British medical Journal 1896, No. 1861, S. 511, with 1 Figur.

*Claisse, André: Essai de stérilisation des sondes par les vapeurs de formol. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 2, S. 154—157.

de Pezzer: Inutilité d'un cône fixateur pour introduire la sonde de de Pezzer dans la vessie par le méat. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, Mai, S. 442—444, avec 8 Figuren.

*Dufaux: Einige urologische Hilfsapparate. Mit 5 Abbild. Dermatologische Zeitschrift, Band III, 1896, Heft 3, S. 338—343.

*Grosglik, S.: Aseptischer Katheterismus. Aus der chir. Abteilung des Kindlein-Jesu-Hospitals in Warschau. Wiener Klinik 1896, Heft 4 und 5, S. 93—164.

*Grünfeld: Harnröhren-Instrumente aus Glas. Nachtrag. Wiener medicin. Wochenschr., Jahrg. 46, 1896, No. 29, S. 1299—1300.

*Janet, Jules: Stérilisation des sondes par l'acide sulfureux et par les vapeurs de formol. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Année XIV, 1896, No. 1, S. 26—37; No. 2, S. 122—159. 3 figur.

Vanghetti, G.: Glascanülen mit und ohne Klappen zu Irrigationen der Nase, des Ohres und der Harnwege. Einige practische Bemerkungen über die Harnröhrenirrigationen. Monatshefte für pract. Dermatologie, Band XXII, 1896, No. 5, S. 231—248. Mit 12 Abbildungen.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W.



